

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Ikäosaamisen koulutusohjelma
Kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Marja-Leena Kananen
Petra Voutilainen

IKÄIHMISTEN KOTIUTTAMINEN TERVEYSKESKUSSAIRAA-
LASTA KOTIHOITOON MONIAMMATILLISENA YHTEISTYÖNÄ

Opinnäytetyö
Marraskuu 2017



OPINNÄYTETYÖ

Marraskuu 2017

**Ikäosaamisen koulutusohjelma
Sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen
ja johtamisen koulutusohjelma**

Tikkariinne 9

80100 JOENSUU

puh. 050 405 4816

Tekijä(t)

Marja-Leena Kananen, Petra Voutilainen

Nimeke

Ikäihmisten kotiuttaminen terveyskeskussairaalaan kotihoitoon moniammatillisena yhteistyönä

Toimeksiantaja

Liperin kunta, vanhuspalvelut

Tiivistelmä

Tarve sairaalasta kotiuttamisen kehittämiselle tulee olemaan merkittävässä osassa terveydenhuollon muuttuvaa toimintakenttää. Toimijat vaihtuvat ja ihmisten tarpeet monialaistuvat. Tarkoituksen mukainen palvelujen kohdentaminen on suuri haaste nyt ja tulevaisuudessa. Pääsääntöisesti terveyskeskussairaalaan jatkohoitoon tulevat potilaat ovat iäkkäitä, jotka pärjätäkseen kotona tarvitsevat mittavaakin kotiapujen tarpeen määrittelyä.

Kehittämistyössä käytettiin kommunikatiivista tutkimusmenetelmää. Ydinryhmänä tutkimuksessa toimi moniammatillinen työntekijäryhmä, joka koostui muun muassa fysioterapeuteista, sairaanhoitajista, sosiaalityöntekijästä ja osastonhoitajista. Kehittämistoimintaa tuki vahvasti kotihoidon ja terveyskeskussairaalan työntekijät, joiden tuella ja yhteistyöllä tutkimuksellinen kehittämisprosessi eteni sujuvasti.

Kehittämistyön tavoitteena oli saada moniammatillinen, tehokas ja turvallinen kotiuttamisen ja kotiutumisen toimintamalli Liperin terveyskeskussairaalaan kotihoitoon. Työn tarkoituksena oli vahvistaa ja yhtenäistää kotiuttamisen monialaiset käytänteet. Nämä luovat potilaalle turvallisen kotiutumisen ja hoitavien tahojen kesken avoimen tiedottamisen ilmapiirin.

Kotiuttamisen toimintamalli kuvannettiin ja luotiin tämän pohjalta terveyskeskussairaalaan kotiuttamisen työohjeet. Tiedon etsimisen ja tiedon kulun tärkeys korostui. Työskentely työelämälähtöisesti on antanut kehittämistyön toimijoille mahdollisuuden vaikuttaa lopputulokseen. Ensisijaisen tärkeää olisi kuitenkin, että kehittämistoiminta olisi työntekijälähtöistä ja tapahtuisi työntekijätasolla niin, että ohjeet ja toimintatavat tukisivat toimintaa.

Kieli
suomi

Sivuja 63
Liitteet 3
Liitesivumäärä 5

Asiasanat

asiakaslähtöisyys, kotiuttaminen, kuntoutus, kehittäminen



THESIS
November 2017
Master's Programme in Active Ageing
Master's Programme in Development and
Management of Social Services and Health
Care
 Tikkarinne 9
 FI-80200 JOENSUU
 FINLAND
 Tel +358 50 405 4816

Authors
 Marja-Leena Kananen, Petra Voutilainen

Title
 Discharge of Older People from Health Centre Hospital to Home Care Through Multidisciplinary Cooperation
 Commissioned by The Municipality of Liperi, Services for Older People

Abstract
 The need to improve the hospital discharge process will be in a significant role in the developing field of health care. Service providers change and people's needs become more specific and varied. Designing and targeting appropriate health care services is a great challenge at present and in future. Most of the patients transferred to continuing care in Health Centre Hospitals are older people and in order to manage at home they need extensive home care services.

In this development study, a communicative research method was used. The core group was a multidisciplinary team, which consisted of, among others, physiotherapists, nurses, social workers, and ward sisters. The study was strongly supported by home care and health centre hospital employees, whose support and co-operation were a great help in this development process.

The purpose of this study was to create a multidisciplinary, efficient and safe discharge process model from Liperi Health Centre Hospital to home care. The aim was to strengthen and unify multidisciplinary discharge practices.

The process model was converted into an illustration and based on that, the discharge instructions were created for the Health Centre Hospital. Finding the needed information and the importance of communication were emphasised during the process. Because of the work-oriented method, those involved in this development study had an opportunity to influence the outcome of the study. It is important that this kind of study is implemented through an employee-oriented manner as it ensures that the created guidelines and practices support the work itself.

Language
 Finnish

Pages 63
 Appendices 3
 Pages of Appendices 5

Keywords
 Client orientation, discharge, rehabilitation, development

SISÄLTÖ

| | | |
|------|---|----|
| 1 | Johdanto..... | 5 |
| 2 | Poliittinen ohjaus ikäihmisten palvelujen järjestämisessä..... | 7 |
| 2.1 | Vanhuspalvelulaki..... | 7 |
| 2.2 | Vanhuspalvelujen keskeiset toimijat..... | 8 |
| 2.3 | Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistus | 9 |
| 2.4 | Asiakaslähtöinen palvelutarpeen arviointi | 11 |
| 3 | Gerontologinen kuntoutus osana kotiuttamista | 13 |
| 3.1 | Geriatrinen kokonaisvaltainen arviointi | 14 |
| 3.2 | Toimintakykymittarit ja ICF-luokitus ikäihmisten toimintakyvyn mittaamisessa | 15 |
| 4 | Moniammatillisuus sosiaali- ja terveysalan asiakastyössä..... | 17 |
| 5 | Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä..... | 20 |
| 6 | Opinnäytetyön toimintaympäristö | 20 |
| 6.1 | Liperin kunnan vanhuspalvelut | 21 |
| 6.2 | Kotihoito | 22 |
| 6.3 | Vanhusten asumispalvelut..... | 23 |
| 6.4 | Julkisen, yksityisen sekä kolmannen sektorin palvelut..... | 23 |
| 6.5 | Terveyskeskussairaalan toiminnan kuvaus | 25 |
| 7 | Kotiuttaminen | 26 |
| 8 | Työn kehittäminen..... | 29 |
| 8.1 | Työntekijälähtöinen kehittäminen..... | 29 |
| 8.2 | Tulevaisuuden haasteita sosiaali- ja terveysalalla..... | 32 |
| 8.3 | Muutosjohtajuus työn kehittämisen tukena tulevaisuudessa | 34 |
| 9 | Opinnäytetyön toteuttaminen | 35 |
| 9.1 | Kommunikatiivinen toimintatutkimus kehittämismenetelmänä | 36 |
| 9.2 | Toimintatutkimuksen prosessi | 37 |
| 10 | Kehittämistyön eteneminen | 39 |
| 10.1 | Työpajat..... | 41 |
| 10.2 | Kehittämishaasteet potilaan kotiuttamisessa Liperin terveyskeskussairaala- kotihoitoon | 45 |
| 11 | Kehittämistyön tulokset ja tuotos | 47 |
| 11.1 | Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen ja vahvistaminen..... | 47 |
| 11.2 | Kotiuttamismalli Liperin terveyskeskussairaala- kotihoitoon | 50 |
| 12 | Pohdinta..... | 53 |
| 13 | Kehittämistyön arviointi | 55 |
| 14 | Luotettavuus ja eettisyys | 57 |
| 15 | Jatkotutkimusaiheet | 59 |
| | Lähteet..... | 60 |

Liite 1. Kehittämistyön prosessikuvaus

Liite 2. Kotiuttamismalli

Liite 3. Kotiuttamisen tarkistuslista. Terveyskeskussairaala. Työohje.

1 Johdanto

Suomessa on käyty viime aikoina julkisuudessa paljon keskustelua vanhusten hoidosta ja heidän tarpeistaan. Keskusteluissa on noussut esille huonokuntoiset vanhukset, jotka ovat laitoshoidossa tai joskus pääsemässä sinne ja ne jotka pärjäävät vielä omassa kodissaan ja elävät aktiivista elämää. Vanhuspalvelulaissa sanotaan, että ikäihmisen täytyy saada elää omassa tutussa elinympäristössään. Suurin osa iäkkäistä asuu ja haluaakin asua omassa kodissaan, jonka ovat valinneet vanhuutensa ajan asunnoksi. Vuonna 2011 lähes 90 % yli 75-vuotiaista asui kotona. Heistä lähes 80 % asui omistusasunnossa, pientalossa (omakotitalo tai paritalo) hieman alle 40 % ja kerrostalossa n. 40 %. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013.)

Tarve kotiuttamisen kehittämiseksi on tärkeää terveydenhuollon toimintakentässä. Pääsääntöisesti terveyskeskussairaalaan jatkohoitoon tulevat potilaat ovat iäkkäitä, jotka pärjätäkseen kotona tarvitsevat mittavaakin kotiapujen tarpeen määrittelyä. Jos palvelutarvetta arvioidaan terveyskeskussairaalaan, turvaudutaan gerontologisen kuntoutuksen arviointiin, johon kiinteästi liittyy terveyskeskussairaalan fysioterapeutti, kotihoidon fysioterapeutti, kuntoutuspalaverin moniammatillinen kotiuttamistiimi sekä kaikki potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt; myös potilaan läheiset. Tämän vuoksi käsittelemme työssä gerontologista kuntoutusta, jotta palvelutarpeen arvioinnin perusteet ja palvelutarpeen moninaisuus selviäisi lukijalle.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittäminen prosesseineen on tulevan sote-uudistuksen lähtökohta. Sote-uudistuksen tavoitteena on kehittää palveluja kohdennetusti tarpeen mukaan sekä tehostaa muun muassa iäkkäiden kotona pärjäämistä oikein kohdennetuilla palveluilla. Tähän sitoutuu vahvasti gerontologisen kuntoutuksen kehittäminen sekä muun muassa turvallisen kotiuttamisen ja kotiutumiseen liittyvien käytänteiden kehittäminen entistä huolellisemmin asiakaslähtöisyyttä ja moniammatillista osaamista hyödyntäen. Läheisten saaminen osaksi kotiuttamista on tulevaisuudessa tärkeää.

Muutosjohtajuus ja muutoksen johtamisen osaaminen ovat tärkeässä osassa muutosten käytäntöön saattamisessa ja ohjaamisessa. Muutos ei onnistu vain esimiestasolta määräämällä, vaan muutoksen pitää lähteä työyhteisöstä. Tähän tarvitaan esimiestasolta osaavaa,

valmentavaa johtamistaitoa. Tämän vuoksi tässä työssä käymme läpi myös muutosjohtamisen tärkeyttä. Huomioitavaa on myös tulevaisuudessa työkuulttuurin muuttuminen uusien sukupolvien astuessa työelämään sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakentän jatkuva muutos.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä on työstää moniammatillinen ja turvallinen kotiuttamisen ja kotiutumisen toimintamalli. Kuvaamme kotiuttamisen terveyskeskussairaalaan kotihoitoon, jolloin turvallinen kotiuttaminen johtaa turvalliseen kotiutumiseen. Toisena tärkeänä tavoitteena on vahvistaa moniammatillista työskentelyä. Tätä työtä voidaan käyttää myös työntekijän perehdyttämisen välineenä. Tämän työn toimeksiantajana on Liperin kunta, vanhuspalvelut.

Avainsanat: asiakaslähtöisyys, kotiuttaminen, kuntoutus, kehittäminen

2 Poliittinen ohjaus ikäihmisten palvelujen järjestämisessä

Valtuustokausittain kuntien tulisi laatia suunnitelma ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tukemisesta ja iäkkäiden henkilöiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saannista. Palvelujen riittävyyttä ja laatua tulisi arvioida vuosittain. Kunnalla on myös velvollisuus ottaa vanhusneuvosto mukaan kunnan toiminnan suunnitteluun, valmisteluun ja seurantaan asioissa, jotka koskevat ikääntyntä väestöä. Jokaisen toimintayksikön palvelujen laatua varmistetaan valvonnalla. Asiakkaiden lukumäärä ja heidän toimintakykynsä määrittää palvelujen tarpeen, jolloin henkilöstön määrän, koulutuksen ja tehtävärakenteen on vastattava toimintayksikön palveluja. Toimintayksikön on toteutettava omavalvontaa palvelujen laadun ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi. Omavalvonnan yhteydessä on kerättävä säännöllisesti palautetta myös toimintayksikön työntekijöiltä ja asiakkailta (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2011). (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.)

2.1 Vanhuspalvelulaki

Vanhuspalvelulaki eli viralliselta nimikkeeltään laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä 980/2012 tuli voimaan 1. heinäkuuta 2013. Lain tavoitteena on varmistaa, että iäkkäät ihmiset saavat yksilöllistä tarpeittensa mukaista hoitoa ja huolenpitoa yhdenvertaisesti ja kokonaisvaltaisesti koko maassa laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen avulla. Palvelujen toimivuutta seurataan omavalvonnalla sekä ulkopuolisella valvonnalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015; Pikkarainen 2013 12–13.)

Kotipalvelut ovat ensisijaisia ja avo- ja aviopuolisille tulisi antaa mahdollisuus yhteisasumiseen pitkäaikaishoidossakin. Kotiin annettavat palvelut ovat kuitenkin ensisijaisia. Pitkäaikaishoito voidaan toteuttaa laitoshoidona ainoastaan, kun siihen on lääketieteelliset perusteet tai se on arvokkaan elämän ja turvallisen hoidon kannalta muuten perusteltua. Hoitojärjestelyn pysyvyys tulisi turvata. Pitkäaikaishoidossa oleville on järjestettävä mahdollisuus sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja mielekkääseen toimintaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.)

Palvelutarve on arvioitava ja selvitettävä monipuolisesti ja viivytyksettä kolmen kuukauden sisällä. Kiireellisissä tapauksissa palvelut tulisivat järjestää viipymättä. Arvioinnin perusteella neuvotellaan ja laaditaan henkilökohtainen kirjallinen palvelusuunnitelma yhdessä asiakkaan ja hänen läheisen kanssa. Asiakkaalle tulee nimetä kotihoidossa vastuutyöntekijä, joka toteuttaa ja yhteen sovittaa palveluun ja hoitoon liittyviä asioita. Iäkkäiden ihmisten tulisi saada osallistua heidän elinolojaan koskevien päätösten valmisteluun ja palvelujen kehittämiseen. Kuntien tulisi suunnitella toimintaansa niin, että se turvaa mahdollisimman hyvän ja toimintakykyisen ikääntymisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.)

Muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ohjaavat lait ja asetukset ovat muun muassa Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, henkilötietolaki 523/1999, terveydenhuoltolaki 1326/2010, kotikuntalaki 1377/2010, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, työturvallisuuslaki 738/2002, sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011.

2.2 Vanhuspalvelujen keskeiset toimijat

Julkisella terveydenhuollolla tarkoitetaan terveydenhuoltoa, joka tuotetaan kuntien tai muodostettujen kuntayhtymien toimesta. Pääasiallisesti toiminta ja palvelut tuotetaan kokonaan tai pääosin julkisista varoista, kuten kunnallisveroista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut täydentävät julkisia palveluja. Yksityiset palveluntuottajat, eli yritykset, järjestöt ja säätiöt, voivat myydä palvelujaan joko kunnille, kuntayhtymille tai suoraan asiakkaille. Yritysten ja järjestöjen osuus sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotannosta on 2000-luvun aikana jatkuvasti kasvanut. Yksityiset palveluntuottajat tuottavat runsaan neljänneksen kaikista sosiaali- ja terveyspalveluista. Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee palveluja koskevaa lainsäädäntöä ja vastaa yksityisen palvelutuotannon yleisestä ohjauksesta. Sosiaalihuollon palvelujen antaminen on luvanvaraista ympärivuorokautisten palvelujen osalta. Muista kuin ympärivuorokausista yksityisistä sosiaalipalveluista on tehtävä kirjallinen ilmoitus sille kunnalle, jossa palveluja annetaan.

Terveystenhuollon palvelujen antaminen yksityisesti on luvanvaraista. Lupaa ei kuitenkaan tarvita silloin, kun palveluja annetaan itsenäisenä ammatinharjoittajana tai kun työnantaja järjestää itse työterveyshuollon lakisääteiset palvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

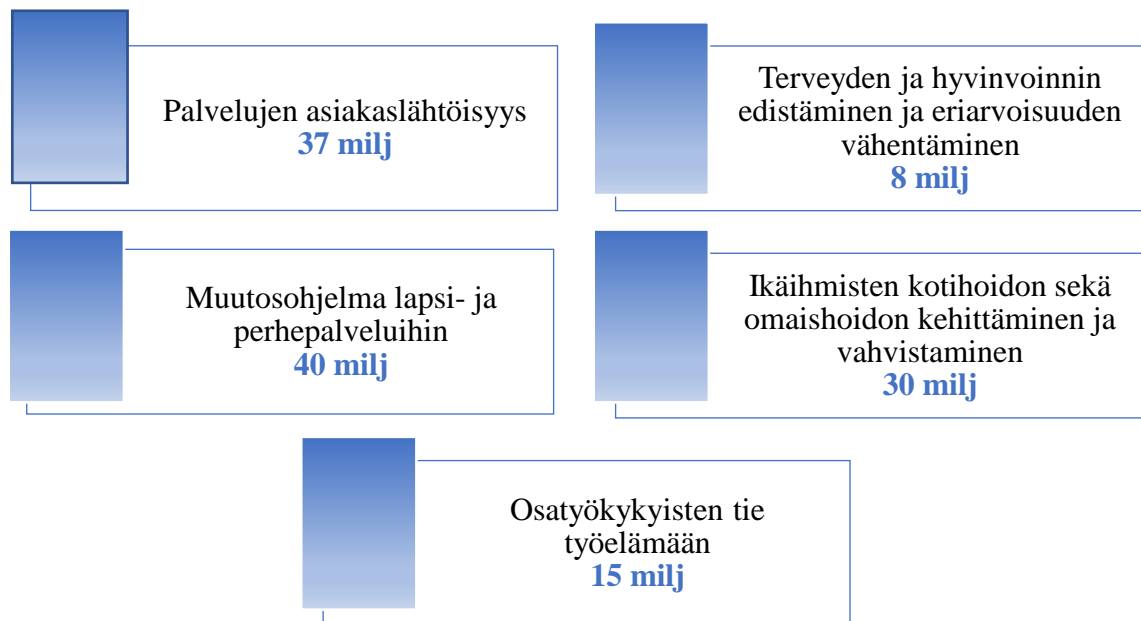
Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviralla on valtakunnallinen koordinaatiovastuu sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnassa. Aluehallintovirastoilla (AVI) on pääasiallinen vastuu palvelujen valvonnasta alueillaan. Kunnassa yksityisten palveluiden valvonnasta vastaa sosiaali- ja terveystoimi tai muu vastaava toimielin. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL) kerää tietoa yksityisistä sosiaali- ja terveyspalveluista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

Kolmas sektori viittaa yleisimmin kansalaisyhteiskunnan järjestöihin ja säätiöihin. Sen erityislaatua kuvaavat sellaiset määreet, kuin ei-voittoa tavoitteleva kansalaistoiminta ja vapaaehtoisuus. Kolmannen sektorin organisaatiot vaihtelevat melkoisesti niin kokonsa kuin toimintojensakin puolesta. Niihin luetaan muun muassa naapuruusyhdistykset, urheiluseurat, virkistysyhdistykset, yhdyskuntien paikallisyhdistykset, avustajajärjestöt, kirkot, ammatilliset järjestöt, avustussäätiöt ja erilaiset hyvinvointiorganisaatiot. (Kontinen 2015.)

2.3 Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistus

Kuntoutuspalveluja kehitetään Suomessa aktiivisesti. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntarakenteen muutokset vaativat kuntoutus- ja terveyspalvelujen ennakoluulotonta uudelleen arviointia. Yhtenä sosiaali- ja terveysministeriön kärkihankkeista on asiakaslähtöisyyden vahvistaminen. Tämän kärkihankkeen tavoitteena on uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaprosesseja ja saada asiakas suunnittelun keskiöön. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a.)

Seuraavassa kuviossa 1 esimerkkejä miten kärkihankkeisiin on varattu varoja vuosille 2016–2018



Kuvio 1. Kärkihankkeiden rahoitusosuudet (Mukaillen Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b)

AVOT-hanke (arvokasta vanhenemista omatoimisuutta tukemalla -hanke) on osa hallituksen kärkihanketta, jolla kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Kärkihanketta tarvitaan, koska iäkkäiden palvelujärjestelmä on pirstaleinen ja sen rakenne ei ole uudistunut kansallisten tavoitteiden mukaiseksi. Hyvät käytännöt ovat levinneet hitaasti ja alueelliset erot ovat pysyneet suurina. Hankkeen toteuttamiseen on varattu 30 miljoonaa euroa vuosille 2016 - 2018. Tarkoituksena on kerätä eri puolelta maata hyviä käytäntöjä, joita voitaisiin soveltaa sote-uudistuksen astuessa voimaan mahdollisesti vuonna 2020 ja saada aikaan iso, pysyvä muutos. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017c.)

Sote-palvelujen integraatiolla eli yhdenmukaistamisella ehjäksi palvelukokonaisuudeksi pyritään saavuttamaan terveys- ja hyvinvointierojen kaventumista sekä parantamaan palvelujen yhdenvertaisuutta kustannussäästöjä unohtamatta. Asiakkaalle tämän tulisi näkyä niin, että siirtyminen palveluiden välillä olisi saumatonta ja tieto siirtyisi palvelusta toiseen reaaliaikaisesti. Tämän tulisi tarkoittaa paremmin toimivia ja tarpeisiin vastaavia

palveluja. Tällä hetkellä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat, työntekijät ja tutkijat raportoivat epäkohdista, joita ovat esimerkiksi palvelujen hajanaisuus ja vaikeasti tavoitettavuus. Tällöin tapahtuu herkästi tiedonkulun ongelmia, joka taas voi johtaa hoitoketjun katkeamiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a.)

Näihin seikkoihin pyritään saamaan sote-uudistuksella ratkaisuja ja toimivia käytänteitä. Jotta uudistus voisi toteutua, edellyttää se työntekijöiden osallisuutta, osallistavaa johtamista, toimintojen fyysistä läheisyyttä, uusia toimintamalleja ja työntekijöiden kouluttamista sekä uusien toimintatapojen juurruttamista. (Pohjola 2016.)

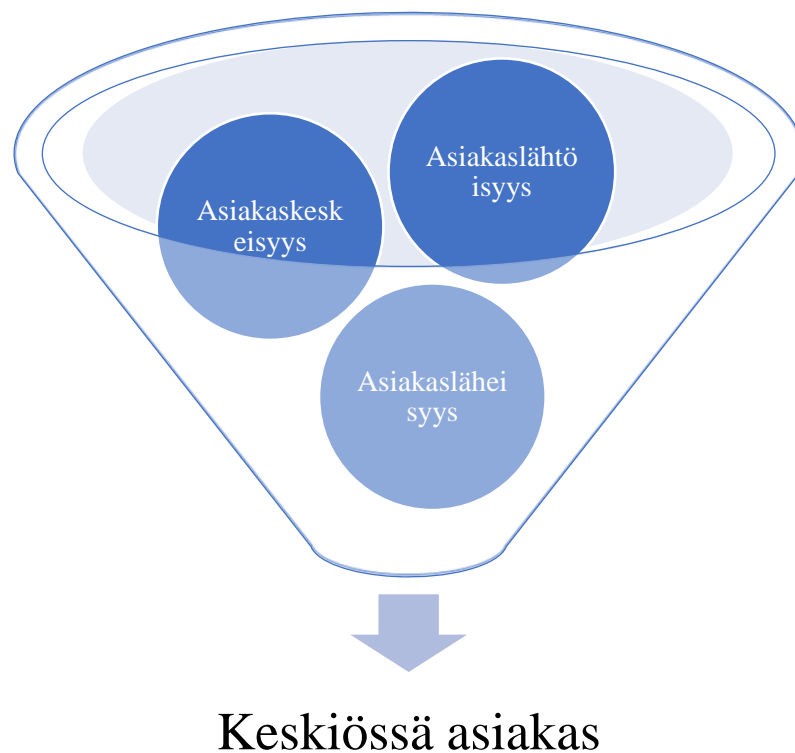
Sosiaali- ja terveysalan uudistuksessa asiakaslähtöisyys on erityisen tärkeä arvo ja toimintavan lähtökohta. Asiakaslähtöisillä toimintamalleilla voidaan lisätä hoidon vaikuttavuutta, kustannustehokkuutta sekä asiakkaiden ja työntekijöiden tyytyväisyyttä palvelujen muutoksessa. Palveluilta vaaditaan entistä syvällisempää kykyä vastata kasvaviin ja moninaistuviin asiakkaiden odotuksiin ja tarpeisiin. Valinnanvapauden lisääntyessä palvelujen tarjoajien tulee pystyä vastaamaan asiakaslähtöisesti ja yksilöllisesti asiakkaan tarpeisiin. Tämä edellyttää myös asiakaslähtöisyyden kehittymistä julkisella sektorilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a.)

2.4 Asiakaslähtöinen palvelutarpeen arviointi

Asiakaslähtöisyys tarkoittaa palveluiden tarkastelua ja erittelyä palvelua saavan iäkkään asiakkaan näkökulmasta. Asiakaslähtöinen organisaatio suunnittelee palvelut niin, että keskiössä ovat asiakkaan tarpeet ja voimavarat. Asiakas osallistuu voimiensa mukaan palvelutarpeen arviointiin, palvelujen suunnitteluun, toteutukseen ja palvelun vaikutusten ja laadun arvioimiseen. Valintojen mahdollisuus on asiakaslähtöisyyttä. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013.) Hoito- ja palvelusuunnitelmaan (HoPasu) tulee kirjata asiakkaalle yksilölliset elämänlaadun turvaamisen tavoitteet ja pohtia keinoja asetettujen tavoitteiden saavuttamiselle ja toteutumiselle. Säännölliset seurannat ja arvioinnit sisältyvät hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Näitä arviointeja hoitohenkilöstön tulisi tehdä vähintään kerran puolessa vuodessa. (Heinola 2007, 26-27.)

Asiakaslähtöisyys on yksi tärkeimpiä tavoitteita ja terveydenhuollon palvelujen kehittämisen lähtökohta. Valtakunnalliset tavoite- ja toimintaohjelmat korostavat asiakaslähtöisyyttä hoitotyön kehittymisen näkökulmasta ja sitä korostetaan julkisen sektorin laatu-strategiassa. Se tarkoittaa, että palveluja kehitetään asiakasnäkökulmasta ja asiakkaan tarvelähtöisesti. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 68–71.)

Hoito, terveyden edistäminen ja kuntoutus ovat melko päällekkäisiä käsitteitä, jotka käytännön palvelutilanteissa limittyvät keskenään. Työntekijänä voimme ajatella antavamme esimerkiksi diabeetikolle ravitsemusneuvontaa terveyden edistämisen näkökulmasta, mutta asiakas kokee sen diabeteksen lääkkeettömänä hoitona. Kokonaisvaltainen asiakkaan kohtaaminen voidaan jakaa eri osioihin: asiakaslähtöisyys, asiakaskeskeisyys ja asiakasläheisyys (kuvio 2). (Virjonen 2015; Suomen Kuntaliitto 2011.)



Kuvio 2. Asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen (Mukaillen Virjonen 2015, Suomen kuntaliitto 2011)

Käsitteenä asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan siis palvelun suunnittelun lähtökohtaa asiakkaan tarpeista sekä yksilöllisesti huomioimisesta alkaen, jolloin huomioidaan asiakkaan oma näkemys hoidon tarpeesta ja merkityksestä itselleen. Asiakaskeskeisyys on ammatillista asiakkaan tarpeisiin, toiveisiin ja odotuksiin vastaamista. Asiakasläheisyydellä taas tarkoitetaan sitä, että syntyy avoin ja luottamuksellinen vuorovaikutussuhde. (Virjonen 2015; Pikkarainen 2013;36–42; Suomen kuntaliitto 2011.)

3 Gerontologinen kuntoutus osana kotiuttamista

Gerontologinen kuntoutus kuuluu tärkeänä osana ikäihmisen kotiuttamiseen. Gerontologinen kuntoutus on osa kuntouttavaa työtettä, jolla pyritään selvittämään ja tukemaan ikäihmisen toimintakykyä sekä turvaamaan tiedonkulku kotiuttamisvaiheessa. Erittäin tärkeää on terveyskeskussairaalan ja kotihoidon fysioterapeuttien osuus kotiuttamisen onnistumisessa.

Ikäihmisten kuntoutuksesta voidaan käyttää käsitettä gerontologinen kuntoutus. Se on normaalien vanhenemismuutosten tuntemiseen perustuvaa voimaannuttamista, toimijuuden ja yhteisöllisyyden tukemista ja sopivaa fyysistä harjoittelua. Sen yhteydessä voidaan puhua lääketieteellisestä eli geriatriasta kuntoutuksesta, yleisestä arjen ja elämän hallinnasta, voimaantumisesta, inhimillisestä kasvu- ja oppimisprosessista sekä asiakkaan avustamisesta, jolloin kuntoutus on perusolemukseltaan auttamistoimintaa. (Halminen, 2014; Valkeinen & Anttila, 2014.)

Terveys ja hyvinvointi määräytyvät geenien ja henkilökohtaisten ominaispiirteiden lisäksi myös fyysisillä ja sosiaalisilla olosuhteilla. Näillä on myös tärkeä rooli fyysisen ja henkisen kapasiteettimme määrittämisessä sekä kuinka hyvin sopeudumme toimintakyvyn menetykseen ja muihin vastoinkäymisiin, joita voimme kokea eri elämänvaiheissa ja erityisesti ikääntyessä. Sekä ikääntyneet että heidän elinympäristö ovat moninaisia, dynaamisia ja muuttuvia. Vuorovaikutuksessa toistensa kanssa on uskomattoman paljon mahdollisuuksia sallia tai rajoittaa tervettä ikääntymistä. (World Health Organization 2002.)

Ikääntyneiden ihmisten hoito, kuntoutus ja terveyden edistäminen ovat päällekkäisiä käsitteitä ja näihin liittyvät palvelut limittyvät toisiinsa. Gerontologinen kuntoutus on parhaimmillaan monialaista. Se auttaa ikääntynyttä kuntoutujaa jäsentämään mennyttä elämää ja hyväksymään sen eri vaiheet, auttaa sopeutumaan kehonsa terveyden ja toimintakykynsä sekä osallisuutensa väliaikaisiin tai pysyviin muutoksiin. Se myös mahdollistaa oman sisäisen minuuden käsittelyn erilaisissa elämän vaiheissa sekä tukee hänen itsemääräämisoikeuttaan, koskemattomuuttaan ja yksilöllistä ainutlaatuisuuttaan ja mahdollistaa näin oman elämänsä lopun päättämisen käsittelyn. (Halminen 2014; Valkeinen & Anttila 2014.)

Gerontologinen kuntoutus on prosessi, jonka ihminen itse toteuttaa ammattilaisten, perheen ja läheisten johdolla ja tuella. Sillä parannetaan ihmisen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja samalla tuetaan itsenäistä selviytymistä sekä arkielämän hyvinvointia. Kuntoutus sisältää erilaisia palveluja, kuten neuvontaa, terapioita, koulutusta, apuvälinepalveluja ja asunnon muutostöitä. Erilaisin keinoin pyritään ihmisen toimintakyvyn parantamiseen tai säilyttämiseen ja mahdollisimman itsenäiseen selviytymiseen elämän eri tilanteissa. Yksittäisen ihmisen kuntoutustilanteessa tulee ikä ottaa huomioon peruslähtökohtana. (Halminen, 2014; Valkeinen & Anttila, 2014; Pikkarainen 2013,15–18.)

Vielä toistaiseksi Suomessa gerontologinen kuntoutus on melko diagnoosikeskeistä sairastumisen, elämäntilanteen ongelmien tai tapaturmien seurauksena. Uusi vanhuspalvelulaki (980/2012) nostaa tärkeäksi ensisijaisesti palvelutarpeen ja palvelujen laajuuden arvioinnin. Lähtökohtana ei siis tulisi olla yksittäiset diagnoosit tai kalenteri-ikä. Kuntoutustarpeet ovat nousseet uudella tavalla arviointiin toimintakyvyn muuttuessa paremmaksi eliniän pitenemisen yhteydessä. (Pikkarainen 2013, 23,28.) Tulevaisuudessa hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen vaatii monialaista ja monitieteellistä yhteistyötä (Pietilä 2010, 275–276).

3.1 Geriatriinen kokonaisvaltainen arviointi

Ikääntyneillä ihmisillä on usein toisiinsa liittyviä ongelmia, jotka helposti jäävät havaitsematta, jos niitä ei osata etsiä ja keskitytään pelkästään diagnooseihin. Iäkkään henkilön

ollessa kyseessä on hyvä käyttää kokonaisvaltaista geriatrista arviointia. Tämän tulisi olla vakiintunut toimintatapa osaavassa geriatrisessa työssä. Sen vaikutus on osoitettu useissa tieteellisissä interventiotutkimuksissa ja jolla on havaittu olevan vaikutusta ikääntyvien elämänlaatuun ja toimintakykyyn sekä laitoshoidon lykkääntymiseen. Geriatriinen kokonaisvaltainen arviointi käsittää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin sekä asuinympäristön selvityksen. Tämä on vakiinnuttanut asemansa perinteisen kliinisen tutkimuksen rinnalla. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2010, 442–443.)

Kuntoutuksen perustan luo ikääntyneen kuntoutujan koetun elämänkulun, mutta myös nykyisen elämäntilanteen ja – vaiheen yksilölliset tarpeet. Ohjeet, vaatimukset ja neuvot, jotka annetaan ulkoapäin sulautuvat ikäihmisen arkeen luontevasti, jos ohjaus- ja vuorovaikutusprosessissa huomioidaan ja tuetaan yksilöllisesti ikäidentiteettikokemusta ja – prosessia. (Pikkarainen 2013, 20–21.)

Asiantuntija ja kuntoutuja arvioivat yhteistyössä kuntoutustarpeen ja asettavat tavoitteet siten, että ne ovat kuntoutujalle merkityksellisiä. Tavoitteet määrittävät kuntoutuksen sisällön, intensiteetin ja keston. Järjestelmällinen kuntoutus olisi tuotava kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon olennaiseksi osaksi. Terveyskeskusten vuodeosastojen tulee uudistua aktiivisen hoidon ja kuntoutuksen keskuksiksi. Geriatriksen kuntoutuksen vaikutavuus riippuu merkittävästi ajoituksesta. Geriatriasta kuntoutuksesta eivät hyödy liian sairaat eikä sitä tulisi tarjota liian terveille. Kuntoutus hyödyttää epävakaaseen tilaan joutuneita. Tällaisia epävakaatilanteita voivat olla esimerkiksi: lonkkamurtuma, tuore aivoverenkiertohäiriö, akuutti sairastuminen, kaatuilu ja huimaus, selittämätön toimintakyvyn lasku (hauraus-raihnaisuus-oireyhtymä), useat lääkäriissä käynnit sekä julkisella ja yksityisellä sektorilla tai toistuvat käynnit päivystyksessä. (Halminen 2014.)

3.2 Toimintakykymittarit ja ICF-luokitus ikäihmisten toimintakyvyn mittaamisessa

Toimintakyvyn arviointiin ja mittaamiseen luotettavasti tarvitaan luotettavia ja päteviä arviointimenetelmiä. Niitä tulee myös käyttää oikeassa käyttötarkoituksessa. Toiminta-

kyvyn mittaamisen ja arvioinnin asiantuntija verkosto TOIMIA tekee Suomessa tätä arviointityötä. Kuntoutuksessa on keskeistä se, että ihminen tekee suunnitelmia ja tavoitteita. Tavoitteiden tulee olla sopivia ja tärkeitä hänen omiin olosuhteisiinsa. Tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäänsä tilanteissa, joissa hänen mahdollisuutensa sosiaaliseen selviytymiseen ja osallisuuteen ovat eri syistä uhattuna tai heikentyneet. (Halminen 2014.)

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) tarkoittaa toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälistä luokitusta. Toimintakykyyn tulee muutoksia viimeistään normaalin ikääntymisen myötä, joka on keskeinen haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa. ICF kuvaa ja luokittelee toimintakyvyn käsitteitä rakenteisesti. Perustuen biopsykososiaaliseen malliin, joka yhdistää toimintakyvyn ja sen rajoitteiden lääketieteellisen ja sosiaalisen viitekehyksen. (Valkeinen & Anttila 2014.)

Kehon rakenteet ja niiden kyky toimia mahdollistaa yksilön suoritukset ja sitä kautta myös osallistumisen lähiympäristön toimintaan ja yhteiskuntaan. Tämä kaikki tapahtuu kokonaisuudessa, jota muovaavat sekä terveydentila, että ympäristö- ja yksilötekijät. Se on hyvin laaja-alainen käsiteluokitus, jonka avulla on mahdollista kuvata kaiken ikäisten ihmisten toimintakykyä ja siihen vaikuttavia positiivisia ja negatiivisia tekijöitä yhtenäisellä tavalla. ICF-mittari ei kuitenkaan yksin riitä, vaan sen rinnalla tarvitaan luotettavaksi osoitettuja, oikein käytettyjä arviointimenetelmiä. (Valkeinen & Anttila 2014.)

Ikäihmisen elämänlaadun arvioimiseksi on kehitetty myös useita erilaisia mittareita. Niiden soveltuvuus geriatriseen arviointiin on kuitenkin ongelmallista, koska niitä kehitettäessä ei ole otettu huomioon yksilölle tärkeitä elämän osa-alueita. On tärkeää kehittää elämänlaadun arviointi menetelmiä, koska elämänlaatu kuvastaa yksilön omaa käsitystä osallistumisesta sosiaalisen elinympäristön toimintaan ja käsitystä jokapäiväisessä elämässä selviytymisestä. (Tilvis ym. 2010, 444.)

Liperin kunnassa on käytössä asiakkaan tilanteen mukaan seuraavanlaisia mittareita: RAVA, MMSE, SERAD, GDS, MNA, BASDEC, FRAT ja erilaisia päivittäisistä toiminnoista selviytymistä kuvaavia mittareita. Siun Sotessa tullaan ottamaan käyttöön uusi mittari WHOQOL-BREF mittari, jonka on kehittänyt Maailman terveysjärjestö WHO 1998.

WHOQOL-BREF-mittari soveltuu aikuisten elämänlaadun mittaamiseen sekä terveys- ja kuntoutuspalvelujen arvioinnissa, mittaamisessa ja seurannassa. Mittari on kansainvälisesti tunnettu ja paljon käytetty erilaisissa terveyttä ja hyvinvointia mittaavissa erilaisissa tutkimuksissa. Mittari on ollut myös käytössä erilaisissa poikkeustilanteissa kuten luonnonkatastrofien vaikutusten mittaamisessa. WHOQOL-BREF-mittari on kehitetty monikulttuurisessa yhteistyössä soveltuvaksi kansainväliseen käyttöön. Mittari on käyttökelpoinen kaikille väestöryhmille tiettyjä erityisryhmiä, kuten esimerkiksi muistihäiriöisiä lukuun ottamatta. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016.)

WHOQOL-BREF-mittarin lomake on helppokäyttöinen ja nopea täyttää. Kysymykset ovat ymmärrettäviä ja mittarin täyttöaste on tutkimuksissa ollut korkea muilta osin kuin sukupuolielämää koskevassa kysymyksessä erityisesti iäkkäämmillä vastaajilla. Pieni osa (alle 10 %) vastaajista voi tarvita apua kysymyksiin vastaamisessa. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016.)

4 Moniammatillisuus sosiaali- ja terveysalan asiakastyössä

Yhteiskunnan evoluution kannalta on tärkeä ominaisuus, että ihmiskunnalla on kyky tehdä yhteistyötä. Läpi ihmiselämän on yhteisin ponnisteluin ratkottu tulevia ongelmia ja voitettu ulkoisia ja sisäisiä vihollisia. Tämän hetken kehittyneessä ja pitkälle eriytyneessä maailmassa on usein yhteinen tavoite entistä vaikeammin havaittavissa. Oman kokemuksemme ja koulutuksemme kautta hahmotamme maailmaa ja näemme usein vain omat tavoitteemme ja ratkaisumallimme. (Isoherranen 2005, 13.)

Sosiaali- ja terveysalan asiakastyössä voidaan moniammatillista yhteistyötä kuvata eri asiantuntijoiden työskentelynä, jossa pyritään huomioimaan asiakkaan kokonaisuus (Kolkka, Mantela, Holopainen, Louhela, Packalen & Kaisvu 2009, 107). Eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot integroidaan yhteen asiakaslähtöisesti yhteisessä tiedon prosessoinnissa. Tapauskohtainen yhteinen tavoite pyritään luomaan vuorovaikutusprosessissa ja samalla saamaan yhteinen käsitys tarvittavista toimenpiteistä tai ongelman ratkaisumenetelmistä. Asiakas, läheinen tai vapaaehtoinen auttaja voivat olla mukana keskustelussa,

jolloin kaikki osallistujat voivat vaikuttaa keskusteluun ja päätöksen tekoon huomioiden asiakkaan itsemääräämisoikeus. (Isoherranen 2005, 14.)

Isoherranen (2005, 14–16) mukaan toimintaympäristöstä huolimatta käytännön näkökulmasta katsottuna moniammatillisessa yhteistyössä korostuu viisi kohtaa (kuvio 3):

- ❖ **Asiakaslähtöisyys**, jolloin asiantuntijat työskentelevät yhdessä huomioiden asiakkaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kokonaisuus).
- ❖ **Tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen**: Integroidaan asiantuntijoiden tiedot ja taidot yhteen asiakaslähtöisesti. Yhdessä työskentely tuottaa myönteisen lisäpanoksen, jota ei syntyisi rinnakkain työskenneltäessä.
- ❖ **Vuorovaikutustietoinen yhteistyö**: Tiedostetaan vuorovaikutuksen merkitys ja vaikutus prosessin onnistumiseen. Prosessissa on tärkeää ottaa huomioon asiakkaan ja hänen verkostonsa näkökulma mahdollisimman kokonaisvaltaisesti.
- ❖ **Rajojen ylitykset**: Työskennellään yhdessä joustavasti ja asiakaslähtöisesti asiakkaan parhaaksi yli roolien, organisaatioiden ja rajapintojen.
- ❖ **Verkostojen huomioiminen**: Huomioidaan suhteet, jotka yhdistävät ennalta määritellyn joukon ihmisiä, organisaatioita, kohteita ja tapahtumia. Tällä tarkoitetaan työntekijän tai työryhmän toimintaperiaatetta ottaa erityisesti asiakkaan sosiaalinen verkosto huomioon kaikissa tilanteissa.

Lähtökohtana hoidon suunnittelussa tulee olla aina asiakkaan näkökulma ja hänet pyritään huomioimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tulisi muistaa ja huomioida, että asiakas ja hänen läheisensä ovat oman elämänsä parhaimpia asiantuntijoita. Parhaimmillaan moniammatillisuus tuottaa asiakkaalle paljon mahdollisuuksia. Tärkeintä tässä on aina avoin vuorovaikutus. (Isoherranen 2005, 14 – 15; Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 16.)



Kuvio 3. Moniammatillinen yhteistyö (Mukaillen Isoherranen 2005, 14 – 15).

Nyky-yhteiskunnassa on käytettävissä entistä kehittyneempiä yhteistyön muotoja, joista esimerkiksi teknisten välineiden kehittyminen on mahdollistanut ja luonut uusia yhteyksien ja verkostojen käyttömahdollisuutta. Kuitenkin tavoitteet ovat edelleen usein pirstaleisia, päällekkäisiä tai ristiriitaisia, jolloin työskentely ei ole järkevää eikä tehokasta. Tähän pitäisi tulevaisuudessa saada yhtenäisiä toimintamalleja. Yksittäisen ammattiryhmän osaaminen jää helposti vajaaksi, jos toisten alueiden asiantuntijoiden kanssa ei tehdä yhteistyötä. Keskeisintä tässä yhteistyössä tulisi olla, että eri toimijat yhdistäisivät tietonsa ja osaamisensa. (Isoherranen ym. 2008, 27–28, 30–33.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena ja tehtävänä on luoda moniammatillinen, tehokas ja turvallinen kotiuttamisen ja kotiutumisen toimintamalli Liperin terveyskeskussairaalaan kotihoitoon sekä avoimen moniammatillisen yhteistyöilmapiirin luominen ja vahvistaminen. Tavoitteena on näin vähentää niin sanottua pyöröovi ilmiötä eli potilaiden kulkua osastolta kotiin ja päinvastoin. Kuvaamme kotiuttamisen terveyskeskussairaalaan kotihoitoon kaaviona. Työn tarkoituksena on vahvistaa ja yhtenäistää kotiuttamisen monialaiset käytänteet, jotka luovat potilaalle turvallisen kotiutumisen ja hoitavien tahojen kesken avoimen tiedottamisen ilmapiirin. Opinnäytetyön tehtävänä on:

1. Moniammatillisen yhteistyön vahvistaminen
2. Turvallisen kotiuttamisen ja kotiutumisen toimintamallin kehittäminen Liperin terveyskeskussairaalaan kotihoitoon

6 Opinnäytetyön toimintaympäristö

Liperin kunta sijaitsee Pohjois-Karjalan maakunnassa aivan Joensuun kaupungin kupeessa, vesistöjen ympäröimänä. Kunta on pinta-alaltaan noin 1 160 km². Kunnassa on kolme taajamaa: Liperin kirkonkylä, Viinijärvi ja Ylämylly. (Liperin kunta 2016.) Liperin kunta on Joensuun kaupungin kasvun imussa kasvattanut asukaslukuaan muutaman vuoden ajan ja on yksi nopeimmin asukasluvultaan kasvava kunta Pohjois-Karjalassa. Vanhusten palvelujen tulosalueella tuotettavien palvelujen tavoitteena on turvata asiakkaiden kannalta tarkoituksen mukainen hoito, hoiva ja muut palvelut siten, että pysyvää laitoshoidon tarvetta pystytään vähentämään tai siirtämään tukemalla omaehtoista kotona selviytymistä.

Liperin kunnassa asuu noin 13 000 asukasta. Ikäjakauma oli seuraavanlainen vuonna 2014:

- ✓ 0-15 v. 20,3 %
- ✓ 15-64 v. 60,8 %
- ✓ yli 65 v. 10,9 %
- ✓ yli 75 v. 8,0 %.

Yli 65-vuotiaista suurin osa asuu Ylämyllyllä ja kirkonkylällä. Yli 75-vuotiaista suurin osa asuu Ylämyllyllä, mutta kaikkiin taajamiin verraten ei suurta eroa ole. Työikäisissä erityisesti 25-34 ja 55-64-vuotiaiden osuus tulee laskemaan selvästi, noin 6 prosenttiyksikköä. Yli 65-vuotiaiden osuuden ennustetaan kasvavan 5 prosenttiyksiköllä. Kasvua tulee erityisesti yli 75-vuotiaiden kohdalla. (Liperin kunta 2014.)

6.1 Liperin kunnan vanhuspalvelut

Kunta myöntää palveluja yksilöllisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella. Arviointi perustuu asiakkaan omaan näkemykseen sekä yhden tai useamman asiantuntijan arvioon. Kiireellisissä tapauksissa palvelujen tarve arvioidaan välittömästi. Kiireettömissä tapauksissa kaikilla 75 vuotta täyttäneillä on oikeus päästä palvelutarpeen arviointiin määräajassa. Sama oikeus on myös vammaisasetuksista annetun lain 9 §:n mukaista eläkettä saavan ylintä hoitotukea saavilla henkilöillä. Palvelujen tarve tulee arvioida kiireettömissä tapauksissa 7 arkipäivän kuluessa yhteydenotosta kuntaan. (Liperin kunta 2015.)

Ikäihmisten palvelujen tarpeen arviointi koskee esim. koti- ja asumispalveluja, omaishoidon tukea, laitoshoidon sekä sosiaalihuollon erityislakien mukaisia palveluja kuten vammaispalveluja, päihdehuollon palveluja ja toimeentulotukea. Palvelutarpeen arvioinnin perusteella asiakkaalle annetaan kirjallinen päätös palvelujen antamisesta tai epäämistä. Päätökseen voi hakea muutosta ohjeen mukaan. (Liperin kunta 2015.)

6.2 Kotihoito

Kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta käytetään yhdessä nimitystä kotihoito. Näillä palveluilla tuetaan kotona selviytymistä silloin, kun asiakas tarvitsee sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi apua arkipäivän askareissa, henkilökohtaisen hygienian hoidossa tai sairauden hoidossa. Kotihoito auttaa ja neuvoo myös palveluihin liittyvissä asioissa asiakkaita ja läheisiä. Kotihoidon työntekijät ovat lähihoitajia ja sairaanhoitajia. Kotihoidon ja palvelujen lainsäädännön valmistelusta, suunnittelusta ja ohjauksesta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017d.) Kotihoidon tavoitteena on ikäihmisen turvallisuus omassa kodissa toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta. (Ikonen & Julkunen 2007, 14–16.)

Kotisairaanhoidon tavoitteena on sairaanhoidollisten palvelujen tuottaminen osana muuta kotiin annettavaa palvelua. Liperin kunnassa kotisairaanhoidon palveluja annetaan viitenä päivänä viikossa klo 7-15.30 välisenä aikana. Sairaanhoitajat tekevät maanantaista perjantaihin vain päivävuoroa. Saattohoitotilanteessa voidaan työaikaa muuttaa joustavasti tarpeen vaatiessa. Kotihoidon tavoitteena on auttaa asiakkaita selviytymään kotona päivittäisistä toiminnoista huomioimalla asiakkaan kokonaisvaltainen tilanne. Kotipalvelun toimialueeseen kuuluvat myös tukipalvelut: ateria-, turvapuhelin-, vaatehuolto-, kylvytys- ja saattajapalvelu. Näitä palveluja annetaan seitsemänä päivänä viikossa. Tarvittava kotipalvelun yöhoito ostetaan yksityiseltä palvelun tuottajalta. (Liperin kunta 2014.)

Kotihoitoa tukevaa apua voi saada Liperissä kunnan työpajalta, mistä asiakkaat voivat itse hankkia mm. asiointi-, saattajapalvelua ja siivousapua. Liperin kunta ei pysty tällä hetkellä omilla työntekijöillään enää hoitamaan kotona asuvia ikäihmisiä vaan jonkin verran ostetaan jo hoivaa yksityisiltä kotihoitoyrityksiltä. Lähinnä ostetaan kotipalvelun palveluja. Kotisairaanhoidon resurssit riittävät vielä tällä hetkellä. Varsinkin Ylämyllyn alue on asukasluvultaan kasvava. Ylämyllylle on muuttanut hyvin paljon syrjäkyliltä asukkaita sen vuoksi, että palvelut olisivat lähempänä sitten, kun ikää karttuu ja toimintakyky heikkenee. (Liperin kunta 2014.)

6.3 Vanhusten asumispalvelut

Asumispalvelujen tavoitteena on tukea asiakkaan asumista hoidon porrastuksen kannalta oikeassa hoitopaikassa. Asumispalveluja tuotetaan sekä omana toimintana että ostopalveluna yksityisiltä palvelun tuottajilta. Yksityisiin hoitokoteihin voi hakeutua myös itse maksavana. (Liperin kunta 2015.)

Liperissä on kaksi palvelutaloa, jotka sijaitsevat Liperin keskustassa ja Viinijärven taajamassa. Liperin keskustassa sijaitsee myös palvelukeskus Konttilanhovi, jossa on ympärivuorokautinen hoito. Kotona ja palvelutaloissa käy tarvittaessa yöllä yksityinen palveluntuottaja ja apua saa myös turvapuhelimella. Palvelutalojen ja palvelukeskus Konttilanhovin asukkaat saavat tarvitsemiaan kotihoidonpalveluja kunnan kotihoidon kautta. (Liperin kunta 2015.)

Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu vanhuksille, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista hoivaa ja huolenpitoa. Asukkaat maksavat asumisesta vuokraa ja muista palveluista asiakasmaksutaksan mukaisesti. Sarastuksessa on 25 tehostetun palveluasumisen paikkaa ja Hopeisessa kuussa on seitsemän tehostetun palveluasumisen paikkaa. Siellä on myös neljä lyhytaikaisen asumispalvelun paikkaa. (Liperin kunta 2015.)

6.4 Julkisen, yksityisen sekä kolmannen sektorin palvelut

Hoitotyön kotona toteuttaminen vaatii monialaista, moniammatillista ja toimivaa yhteistyötä valtion, kunnan, yksityisen sektorin ja kolmannen sektorin kesken. Palveluiden yhteiskunnallinen tavoite on lisätä turvallisuutta ja sosiaalista hyvinvointia iäkkään ihmisen toimintakyvyn laskiessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Kotihoidon keskeisiä toimijoita ovat kunnan sosiaali- ja terveydenhuollontyöntekijät: vanhuspalveluiden sosiaalityöntekijä, muistihoitaja, vanhuspalveluiden ohjaaja, fysioterapeutti, kotisairaanhoidajat, lähihoitajat ja apuvälineyksikkö. Muistisairaat ovat kunnassamme hyvässä hoidossa. Liperin kunnan ylilääkäri on koulutukseltaan geriatri. Kunnassa on puolitoista muistihoitajan tointa. Työpaja tekee koti siivouksia ja antaa asiointipalvelua. Tietenkin terveyskeskuksen hoitajat ja lääkärit osallistuvat ikäihmisten hoitoon

kuten myös erikoissairaanhoido. Psykologin ja psykiatrin palvelut ostetaan ostopalveluna. (Liperin kunta 2015.)

Yksityiset kotihoidon palveluja tarjoavat yritykset ovat tällä hetkellä hyvin tärkeitä, koska kunnan oma kotihoito ei pysty hoitamaan kaikkia kunnassamme asuvia ikäihmisiä. Menuumat ruoka-automaatti on käytössä sellaisilla henkilöillä, jotka pystyvät itse hoitamaan ruuanlämmityksen tai hoitaja ajastaa automaatin lämmittämään ruuan tiettyinä aikoina. Yksityiset siivousalan yritykset käyvät joillakin ikäihmisillä siivoamassa ja kylvettämässä. Yksityisten palveluntuottajien tarjoamat kotihoidon palvelut ovat lisääntymässä, jotka tarjoavat palveluita myös taajamien ulkopuolelle, johon kunnan omat resurssit eivät ole riittäviä. (Liperin kunta 2016.)

Järjestöille ja yhdistyksille suunnatuilla avustuksilla vaikutetaan liikunnan ja kulttuurin kunnan strategisten tavoitteiden toteutumiseen. Ikäihmiset pyritään ottamaan mukaan toiminnan suunnitteluun. Suomen Punainen Risti (SPR) on Viinijärvellä aktiivisesti toimiva järjestö. Se pitää esimerkiksi Neliapilan palvelutalossa joka kuukausi kerhoa ja sieltä voi saada asiointimatkoille saattajan tai ulkoiluttajan. Päiväkodin lapset käyvät laulamassa ja koululaiset käyvät ulkoiluttamassa asukkaita. Samanlaisia toimintoja on joka taajamassa. (Liperin kunta 2015.)

Apuvälineet saadaan pääosin lainaan omasta apuvälineyksiköstä. Apuvälineyksikön hoitajana toimii kuntahoitaja, joka tekee kotikäyntejä vanhuspuolen sosiaalityöntekijän, fysioterapeutin ja kotiutushoitajien kanssa. Kotikäynneillä kartoitetaan apuvälineiden tarve sekä kodin muutostöiden tarve. Kalleimmat ja harvoin tarvittavat hoitolaitteet saadaan lainaan Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymästä. (Liperin kunta 2015.)

Liperin kunta maksaa kotona asuvalle henkilölle vaipat ja vuoteen suojat (tietty määrä päivässä), avanne pussit, katetrit ja haavan hoitotarvikkeet, jos haavan hoito on kestänyt kolme kuukautta. Vaipat, vuoteen suojat, avanne pussit ja katetrit toimitetaan suoraan valmistajalta kotiin kuljetettuna sovittuun aikaan. Hoitotarvikevarasto sijaitsee uudessa terveyskeskuksessa Liperin kirkonkylällä ja on avoinna maanantaisin klo 9-10. Sieltä voi myös hakea esimerkiksi diabeteksen hoitotarvikkeet. Kunta maksaa myös lääkkeiden

pussi- tai dosettijakelun, jos se edistää vanhuksen selviytymistä itsenäisesti omassa kodissa. Turvapuhelimet ovat myös käytössä kotona asuvilla tarvittaessa. (Liperin kunta 2014.)

Liperissä toimii aktiivisesti myös ikäihmisten neuvosto. Siinä on mukana kunnanvaltuuston asettama varsinainen jäsen ja hänelle varajäsen. Liperin kunnan edustajia ovat muun muassa sosiaali- ja terveysjohtaja ja hänen varajäsenenään hoito- ja hoivapalvelujen johtaja sekä vapaa-aikaohjaaja. Ikääntyvien neuvontakeskus toimii Konttilanhovissa Liperin kirkolla. Neuvontakeskuksen tehtävänä on tukea palveluohjauksen ja neuvonnan keinoin ikääntyneiden kotona asumista. Toiminta sisältää erilaisia ryhmätoimintoja, muun muassa päivä- ja kerhotoimintaa sekä avoimia tilaisuuksia. Henkilökuntaan kuuluvat vanhushpalveluiden sosiaalityöntekijä, muistihoitaja, vanhushpalveluiden ohjaaja ja fysioterapeutti. (Liperin kunta 2015.)

Liperissä avoimia tilaisuuksia järjestetään yhteistyössä muun muassa eri järjestöjen, seurakuntien ja Liperin vapaa-aikatoimen kanssa. Avoimiin tilaisuuksiin ovat kaikki tervetulleita. Ohjelma on nähtävillä esimerkiksi Liperin kirjastoissa, internet-sivuilla, terveyskeskuksessa ja palvelukeskus Konttilanhovissa. Liperin alueella ikäihmisten päivätoimintaa on kolmena päivänä viikossa, jonka tarkoituksena on tukea kotona selviytymistä ja kannustaa ikääntyviä omatoimisuuteen. Päivätoimintaan haetaan hakulomakkeella. (Liperin kunta 2015.)

Ikäihmisille tiedotetaan tapahtumista ja palveluista ennaltaehkäisevien (Hehko) kotikäyntien yhteydessä. Ennaltaehkäisevät kotikäynnit tehdään kaikille kuluvaan vuonna 75 vuotta täyttävälle. Nämä käynnit tekevät fysioterapeutti ja palveluohjaaja. Kotiseutu-uutiset lehdessä ilmoitetaan aina viikon tapahtumista. Ilmoitustaulut eri toimipisteissä ja nettisivut toimivat myös informaation lähteenä. (Liperin kunta 2014.)

6.5 Terveyskeskussairaalan toiminnan kuvaus

Liperin terveyskeskussairaalan toiminnassa painottuu akuuttia ja kuntouttavaa hoitoa tarvitsevien potilaiden hoitaminen ja kuntouttaminen moniammatillisena yhteistyönä. Kes-

keisimpinä potilasryhminä ovat Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymästä jatkohoitoon tulevat potilaat sekä oman kunnan terveystieteiden vastuuosasto. Hoitotyön periaatteista keskeisimpänä on yksilöllisyys. Hoito on kuntoutumista tukevaa ja toteutetaan moniammatillisesti. Terveystieteiden sairaalassa on 30 vuodepaikkaa. Osastolla on käytössä kuntouttava työote, johon on haettu oppia muista kunnista, sekä omien fysioterapeuttien opastuksella toimintamuotoja on hiottu toiveiden ja tarpeiden pohjalta. Potilaat pyritään voimien ja toimintakyvyn mukaan kannustamaan liikkumaan ja ruokailemaan yhteisissä tiloissa. Yhdeksi tärkeäksi toimintamuodoksi on nostettu myös geriatrinen kuntoutus ja lääkehoidon arviointi, mistä geriatria erikoistunut ylilääkärimme pitää sisäistä koulutusta. (Liperin kunta 2016.)

Lähtökohtaisesti osastolla on sovittu, että asioita ei tehdä potilaan puolesta. Potilasta kannustetaan toimimaan mahdollisimman omatoimisesti päivittäisissä toiminnoissa ja vain tarvittaessa avustetaan. Käytössä on myös niin sanotut kuntoutusjaksot, jos kotona huomataan, että asiakas tarvitsee kuntouttavaa toimintaa kotona pärjäämisen tueksi. Näiden jaksojen pituus vaihtelee asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Yleisimmin lähettävänä lääkärinä osastokuntoutusjaksolle toimii geriatrian lääkäri, johon kotipalvelun työntekijät ovat yhteydessä tilanteesta. (Liperin kunta 2016.)

Fysioterapeutit ovat tärkeässä asemassa kuntouttavan työotteen kehittämisessä ja arvioinnissa. Systemaattisesti tätä toimintamuotoa kehitetään ja pyritään löytämään ratkaisuja käytännön pulmiin. Käytännön toimintaan on haettu malleja Joensuusta ja lähikunnista. Jokaisen hoitotyön tekijän on kunnassamme velvoitettu suorittamaan kunnan hoitajakoulutus, joka on järjestetty kunnan sisäisenä koulutuksena 2014–2016.

7 Kotiuttaminen

Sana kotiuttaa tarkoittaa Suomen kielessä määräämistä tai päästämistä takaisin kotiin. Discharge ja transition sanoja käytetään yleisimmin englanninkielisissä tutkimuksissa (Koski 2017). Kotiuttaminen tarkoittaa tässä työssä potilaan siirtymistä terveystieteiden sairaalasta kotihoidon palvelujen piiriin tilapäisesti tai jatkuvasti. Kotiuttaminen suunnitel-

laan hyvissä ajoin ja toteutetaan yhdessä potilaan, läheisten, terveyskeskussairaalan hoitohenkilökunnan, kotihoidon henkilökunnan ja muiden tilanteen vaatimien yhteistyötohojen moniammatillisena yhteistyönä.

Potilaan kotiuttamisen tulee tapahtua oikeaan aikaan, jotta välttyttäisiin potilaan joutumista uudelleen osastohoitoon. Kotiuttamisen viivästyminen taas voi johtaa toimintakyvyn laskemiseen, aiheuttaa epätietoisuutta ja aiheuttaa turhaa henkistä painetta. (Lämsä 2013, 109.) Mahdollisimman ripeä kotiuttaminen terveyskeskussairaalaan on kustannuksia säästävää ja potilaan toimintakyvyn kannalta merkittävää. Potilaan sairaalassa oloajan pitkittyessä kotiin palaaminen muuttuu koko ajan haasteellisemmaksi, koska potilas joutuu selviytymään itsenäisemmin arkirutiineista kuin sairaalassa. (Koski 2017.) Kotiutuksen onnistumista voidaan edesauttaa erilaisella ohjauksella ja ohjeilla. Henkilökunta voi käyttää apuna erilaisia tarkistuslistoja, että kaikki turvallisen kotiuttamisen ja kotiutumisen osa-alueet tulevat huomioiduksi (liite 3).

Olemme tutustuneet lähialueiden kotiuttamismalleihin ja todenneet, että täysin samantyyppistä kotiuttamismallia ei voida käyttää kaikkialla. Tämä johtuu väestön ikärakenteesta, kunnan koosta, maantieteellisistä eroista ja palvelujen saatavuudesta. Esimerkiksi Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on laatinut kotiuttamisen alueellisen verkostomallin luomalla yhtenäiset kotiuttamiskäytänteet ympäristökuntiin. Moniammatillisen yhteistyön lisääminen sekä kotiutusyhdyshenkilön toimenkuvan tärkeys on tunnistettu turvallisen kotiuttamisen ja kotiutumisen onnistumisessa. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2014.) Etelä-Karjalan Sosiaali- ja terveyspiirissä on kiinnitetty huomiota kotikuntoutukseen ja toimintakyvyn turvaamiseen asiakkaan kotona asiakaslähtöisesti. Jo tehdyillä toimenpiteillä on saatu kustannuksia alennettua. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri 2015.) Tutustuimme myös muun muassa Joensuun kaupungin Siilaisen terveyskeskussairaalan LEAN-projektiin 2014–2015.

Ympäri Suomen on tehty lukemattomia kotiuttamisen kehittämishankkeita. Edellisen kappaleen lisäksi muun muassa Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä, Muonion ja Enontekiön alueella, Helsingin alueella, Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä sekä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä sekä monilla muilla paikkakunnilla ja sairaanhoitopiireissä. Kotiuttamisen käytänteisiin liittyvät ongelmat ovat hyvin samantyyppisiä joka puolella, mutta kehittämistöitä ei pystytä laajemmalti hyödyntämään kuin

tietyiltä osin. Liperin kunnassa on samankaltaiset ongelmat ja näihin olemme pyrkineet saamaan yhtenäistä toimintamallia tämän opinnäytetyön/kehittämistyön avulla. Tuleva sote-uudistus vaatii uudelleen arvioimaan sosiaali- ja terveyspalveluja. Uudistuksessa pyritään saamaan yhdenvertaisemmat, koordinoidummat ja kustannustehokkaammat palvelut. Sosiaali- ja terveysministeriön kärkihankkeista on varattu muun muassa palvelujen asiakaslähtöisyyden kehittämiseksi sekä ikäihmisten kotihoidon kehittämiseen ja vahvistamiseen useita miljoonia.

Haasteita asettavat myös maantieteelliset erot vertaa kaupunki ja maaseutu. Kaupunkialueella on runsaampi palvelujen tarjonta ja helpommin saatavilla sekä sosiaalinen kanssakäyminen helpommin toteutettavissa ja välimatkat ovat lyhyempiä. Maaseudulla pitkät välimatkat vaikeuttivat palvelujen saatavuutta, jonka vuoksi maaseudulla korostuu yksinäisyys ja sosiaalinen syrjäytyminen. Elo (2006) on myös tullut tähän tulokseen tutkimuksessaan välimatkojen vaikutuksesta iäkkään ihmisen hyvinvoinnin kokemukseen.

Kosken (2017) tutkimuksen tuloksena nousi esille tärkeäksi kehittämiskohteeksi tiedonkulun parantaminen. Sairaalaan yhteydenoton kotihoitoon tulisi tapahtua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta kotihoito pystyisi tekemään tarvittavia valmisteluja kotiutuksen suhteen. Potilaan kokonaistilanne tulisi huomioida laaja-alaisesti ja tarkistaa lääkitys ennen kotiutumista. Positiivisen löydöksenä tutkimuksessa huomioitiin, että hyvin toimivissa moniammatillisissa tiimeissä on vahva keskinäinen tuki ja luottamus. Näissä tiimeissä haluttiin työskennellä ja se auttoi myös työssä jaksamisessa.

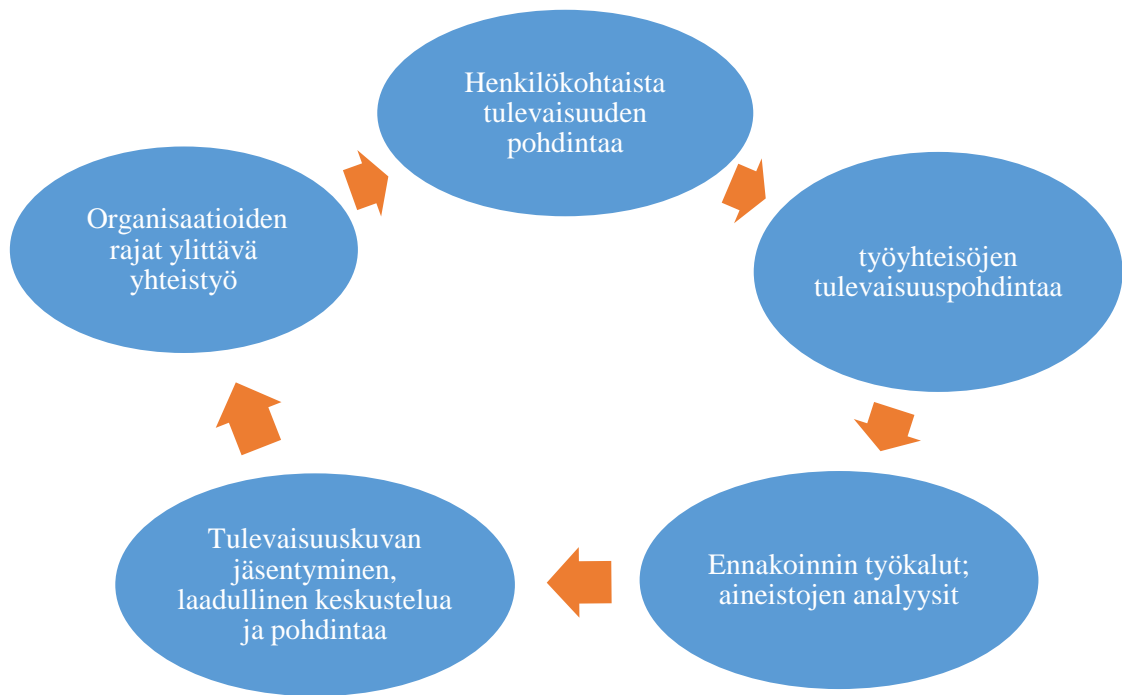
Koposen (2003) tutkimuksen mukaan on tunnistettava joustava yhteistyömalli, joka olisi tärkeä elementti sairaalan, potilaan, läheisten ja kotihoidon välillä. Toimiva yhteistyö ja kontaktit ovat tärkeitä ikäihmisen selviytymisen kannalta. Näiden puuttuessa, vaikka toimintakyky olisi kohtalainen, heiltä puuttuu selviytymisen yrittämistä tukeva yhteydenpitomahdollisuus hoidonantajaan. Keskeisenä tuloksena tutkimuksessa nousi esille perheenjäsenten osuus selviytymisessä sekä selviytymistä edistävä tekijänä. Siirtymävaiheessa sairaalasta kotiin pitää avun sisältöä tarkastella. Sitä tulisi voida tarvittaessa tehostaa ja myöhemmin keventää tilanteen vaatimalla tavalla.

8 Työn kehittäminen

Yleensä pyritään kehittämistoiminnassa parantamaan organisaation, työyhteisön ja prosessien tehokkuutta. Kehittämishankkeet ovat tarpeellisia, kun paine saada asioita muuttamaan on suuri. Hanke voi olla pienessä ryhmässä tai suuressa joukossa tapahtuvaa työn kehittämistä, jonka tavoitteena on saada valittu kehittämiskohde vietyä kehittyneemmälle tasolle. Organisaation elinvoimaisuuden edellytys nykypäivän nopeasti muuttuvassa toimintaympäristössä on työyhteisön oppiva ote sekä muutoskyvykyys ja -halukkuus kaikessa toiminnassa. Näin toiminnan kehittäminen on sujuvaa ja tehokasta. Yleinen tapa tehdä kehittämistyötä on toimintatavan suunnitelma, pilotointi, arviointi ja mallintaminen. (Viitala 2013, 322–324.)

8.1 Työntekijälähtöinen kehittäminen

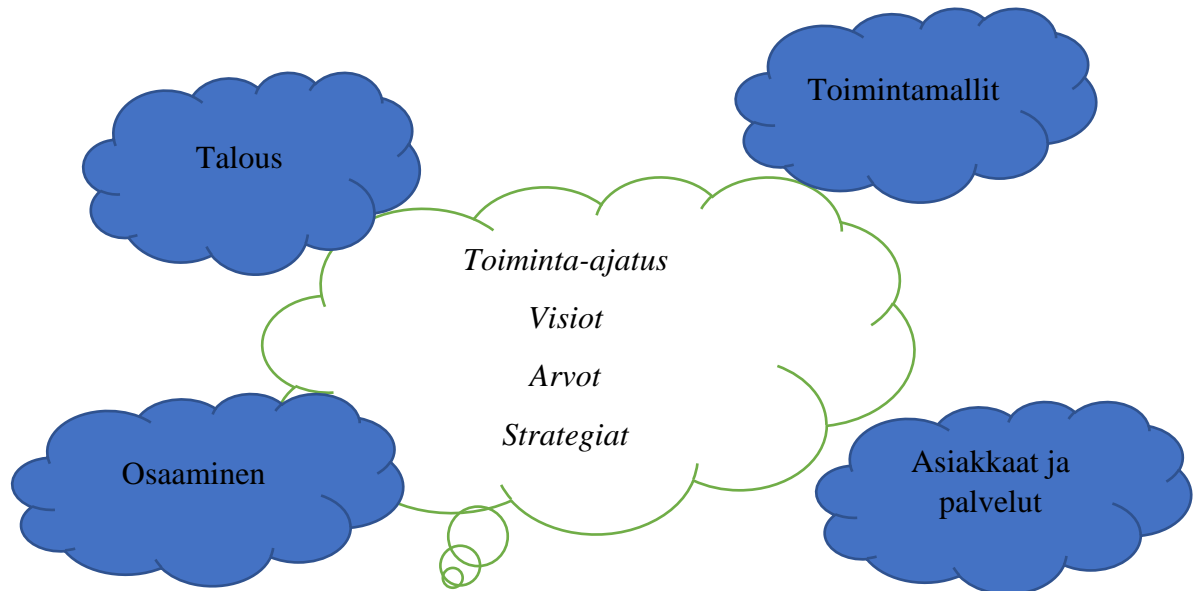
Organisaation työntekijät ovat merkittävin kehittämispotentiaali. Tämä johtuu siitä, että kehittämistoiminnan käyttäjinä työntekijät ja asiakkaat ovat suurimman hyödyn saajia. Työntekijät tuntevat suunnitellun palvelun käytön, käyttöympäristön ja niihin liittyvät tarpeet. On nähtävissä, että onnistuneimmat kehittämistoiminnan tulokset ja uudistukset ovat lähtöisin työntekijöistä. Työntekijät ovat uudistamisen ja kehittämisen näkökulmasta sekä kohde että mahdollisuus. Kohteena olemisella tarkoitetaan, että kehittämisen ja uudistamisen tulisi vaikuttaa työntekijöiden toimintaan. Tästä syntyy haaste; miten uudet käytänteet viedään työyhteisön työntekijöille. Mahdollisuus tarkoittaa taas sitä, että työntekijöillä on paljon ideoita, ajatuksia ja näkemyksiä siitä miten organisaation toimintaa tulisi kehittää (kuvio 4). Työntekijöillä on paras tieto siitä, minkälaisia uudistuksia tulevaisuudessa tarvittaisiin ja mistä organisaatiolle ja työyhteisölle olisi mahdollisimman paljon hyötyä. (Stenvall & Virtanen 2012, 191.)



Kuvio 4. Organisaatiotasoinen kehittäminen (Mukaillen Stenvall & Virtanen 2012)

Organisaatiossa oleva osaaminen tulisi tunnistaa ja dokumentoida ja sitä olisi analysoitava järjestelmällisesti sekä säännöllisesti, jotta resursseja voitaisiin hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti. Osaamiskartoitukset, jotka liittyvät osaamisenhallintaan voivat auttaa työorganisaatiota strategisessa suunnittelussa ja voivat myös auttaa työntekijöitä ymmärtämään itsensä ja tilanteensa työelämässä paremmin. Näin työntekijät tulisivat myös tietoisiksi itsestään ammattilaisina ja ammattiosaajina. Organisaation osaamistavoitteen määrittely voi tukea myös yhteisöllisyyttä ja vähentää epävarmuutta tulevaisuutta kohtaan ja lisätä keskinäistä luottamusta. Hyvin toteutettujen osaamiskartoitusten yhteydessä työntekijät pystyvät vaikuttamaan myös omiin työtehtäviinsä, niiden sisältöihin ja siten myös koko työuraansa. Työelämäosaamisessa työyhteisöt ja niiden jäsenet vastaavat toimintaympäristönsä haasteisiin ja samalla aktiivisesti ja vuorovaikutteisesti kehittävät omaa osaamistaan, toimintaansa ja toimintaympäristöään. (Hanhinen 2011.)

Jotta muutos olisi mahdollista toteuttaa, tulisi ennakoida, mitä edellä olevat tarkoittavat käytännössä. Miten toiminta-ajatus, visiot, arvot ja strategiat ohjaavat toimintaa tai miten ne voitaisiin toteuttaa (kuvio 5)



Kuvio 5. Toiminnan kehittämisen osa-alueita (Mukaillen Hanhinen 2011; Vesterinen 2010.)

- ✓ *Toimintamallit*: Rakenteelliset muutokset, kuten palvelurakenteiden ja työprosessien uudistaminen henkilöstön riittävyyden turvaamiseksi ja kustannusten hillitsemiseksi. Ennaltaehkäisevän työn lisääminen.
- ✓ *Osaaminen*: Uudet työnjaot; tehtäväsiirrot. Moniammatillisen yhteistyön lisääntyminen ja verkostoitumisen tarve kasvaa sekä myös lisäkoulutuksen tarve.
- ✓ *Talous ja vaikuttavuus*: Muutosjohtajuus ja alaistaidot korostuvat. Kustannustehokkuuden ja vaikuttavuuden mittaaminen sekä priorisointi korostuvat.
- ✓ *Asiakkaat ja palvelut*: Monikulttuurisuuden lisääntyminen lisää myös erilaisia palvelutarpeita. Asiakas pitäisi olla keskiössä palveluja kehitettäessä. (Vesterinen 2010.)

8.2 Tulevaisuuden haasteita sosiaali- ja terveysalalla

Tulevaisuus-skenaarioiden pohjalta voidaan hahmotella visioita, joiden mukaisesti voidaan rakentaa strategisia linjauksia ja kehittämistoimenpiteitä visioiden saavuttamiseksi (Jauhiainen 2006). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksella pyritään asiakaslähtöisyyteen ja turvaamaan tasavertaiset lähipalvelut, joilla palvelut pyritään saamaan yhdeksi toiminnalliseksi kokonaisuudeksi. Tämän palvelurakennemuutoksen myötä joudutaan nykyisiä tehtäviä, työnkuvia ja palveluprosesseja uudelleen arvioimaan ja järjestämään. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2015.) Valtakunnallisella Sote-uudistuksella pyritään lisäämään asiakkaan valinnanvapautta sekä eheyttämään palvelukokonaisuuksia. Uudistuksen tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon aito, luottamuksellinen ja tavoitteellinen yhteistyö. (Rehula 2016.)

Huomioitavaa on, että tulevaisuudessa terveyden eriarvoisuus tulee näkyvämmäksi, joka on yksi merkittävä tulevaisuuden haaste. Monikulttuurisuus ja ikärakenteen muutokset ovat yhteiskuntamme arkea, jolloin tullaan tarvitsemaan myös kansainvälistä yhteistyötä entistä laajemmin. (Pietilä 2010, 275–276.) Tulevaisuudessa muutokset ovat entistä suurempia ja haastavampia, jolloin työvoiman pysyvyys ja sitoutuminen työhön olisi entistä tärkeämpää. Tulevien sukupolvien ajatukset työstä poikkeavat nykyisestä työkulttuurista ja vaatimukset työnantajaa ja työn tekemistä kohtaan kasvavat. Työvoimapula on terveydenhuollon alueella pahenemassa. On arvioitu, että vuoteen 2025 mennessä tarvittaisiin n. 22 700 sote-alan työntekijää palvelutarpeen kasvaessa ja suurten ikäluokkien eläköityessä. Arvion mukaan vuoteen 2025 mennessä eläkkeelle siirtyy sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakentästä:

- ✓ n. 70 % ylihoitajista
- ✓ n. 47 % perus- ja lähihoitajista
- ✓ n. 36 % sairaanhoitajista
- ✓ n. 26–37 % nuorista sairaanhoitajista miettii alan vaihtoa. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2015.)

Osaava henkilöstö hakeutuu sinne, missä on hyvät työolot ja mahdollisuus vaikuttaa omaan työhön. Työolosuhteita ja hoitotyön prosesseja kehittämällä voidaan parantaa po-

tilasturvallisuutta, potilastyytyväisyyttä, hoidon laatua sekä hoitohenkilöstön työssä viihtymistä sekä työturvallisuutta. (Murtola 2014.) Tämän vuoksi halusimme korostaa myös tätä tulevaisuuden näkökulmaa tässä opinnäytetyössä.

Työelämään on astunut sukupolvi, joka poikkeaa aikaisemmista sukupolvista eniten koko ihmiskunnan historian aikana. Vuoden 1980 jälkeen syntyneet ovat tulleet niin sanottuun digiaikaan ja heistä käytetään muun muassa nimityksiä Y-sukupolvi, some-sukupolvi, nettisukupolvi ja digiajan natiivit. Aikaisempaan sukupolveen verrattuna heidän odotuksensa työstä, johtamisesta ja työyhteisön toiminnasta poikkeavat suuresti. (Vesterinen 2013a.) Työ- ja elinkeinoministeriön tuottama ”Työelämä 2020”-hanke korostaa, että tulevaisuuden työpaikoille tarvitaan vastavuoroisempaa ja yhteistyökykyistä henkilöstöä, jossa toteutetaan osallistamisen kulttuuria entistä vahvemmin sekä luodaan toimintoja yhdessä. Osaamisen vahvistaminen pohjautuu työnantajan ja työntekijöiden avoimeen vuorovaikutukseen, sillä työhyvinvointiin panostaminen tuottaa itsensä takaisin. Työelämän vetovoimaa lisäävät hyvät työolot, jotka taas lisäävät innostavuutta, innovatiivisuutta ja tuottavuutta.

Some-sukupolven edustajat odottavat joustoja työaikoihin ja työn tekemisen tapoihin. He kaipaavat ja tarvitsevat digitaukoja hoitaakseen asioitaan sosiaalisessa mediassa. Heitä on osattava kuunnella, kunnioittaa, välittää, innostaa, valmentaa ja tarjota jatkuvasti uusia haasteita. Erilaisuus aikaisempiin sukupolviin hämmentää työelämässä. Sukupolvien välillä on aina ollut kuilu. Ilman sukupolvia maailma ei muuttuisi eikä ilman muutosta työelämä kehittyisi. (Vesterinen 2013a.) Tämä sukupolvi osaa ja uskaltaa puhua työelämätoiveistaan suoraan ja avoimesti. He eivät välttämättä vaadi erikoisetuja, mutta eivät sitoudu työnantajaankaan. (Vesterinen 2015; Vesterinen 2013b.) Tämän takia esimiehet tulevat tarvitsemaan yhä herkempää korvaa työntekijän yksilöllisyydelle. Työnantajan on tehtävä itsestään niin houkutteleva, että ihminen haluaa tulla töihin. Nuoria tulisi kuunnella aidosti sekä rekrytointivaiheessa että myöhemmin työelämässä. (Välikangas 2014.) Työpaikan vaihdoissa näkyy jokaisella sukupolvella samanlaiset kannustimet eli parempi palkka ja asema, jossa työn mielekäs sisältö korostuu (Erkko 2015).

8.3 Muutosjohtajuus työn kehittämisen tukena tulevaisuudessa

Paine terveydenhuollon muutokseen on nähtävissä ollut jo pitkään ja varmaa on, että muutokset tulevaisuudessa ovat suuria. Oikeanlainen viestintä on kuitenkin tärkeää ja mitä monimutkaisempi muutos; sen tärkeämpää, että säännöt olisivat yhtenäisiä. (Dunphy 2011, 1-3.) Tärkeää muutokseen johtamisessa ja sen hallinnassa on, miten henkilöstöjohtaminen toteutetaan. Muutostilanteessa johtamisessa korostuu suunnan näyttäminen. Henkilöstön osallistamisella ja osallistumisella sekä muutosviestinnällä tuetaan muutoksen suuntaa ja käytännön toiminnan muutoksia. (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2009, 79–80.)

Asiakaslähtöinen toiminta ja asiakkaiden muuttuvat tarpeet ovat johtaneet siihen, että tarvitaan jatkuvasti myös uudenlaista ammattitaitoa. Työntekijöiltä edellytetään vastuullisuutta, aloitteellisuutta, innovatiivisuutta, ongelmien ratkaisukykyä ja erilaisia tietoteknisiä taitoja. Työelämäosaamisen oleellisia osa-alueita ovat myös itsensä ilmaiseminen, verkostoissa toimiminen, tiivis yhteistyö työkavereiden, asiakkaiden/potilaiden ja läheisten kanssa. Emme saa tuudittautua siihen, että ympärillä koettu epävarmuus ja murrosaika olisivat ohimeneviä ilmiöitä. Ei ole uskottavaa, että tulevaisuudessa kehitys muuttuisi rauhallisemmaksi ja paremmin ennakoitavaksi. Ei ole myöskään syytä uskoa muutoksen nopeutumisen, syvenemisen ja laajenemisen loppuun; vain epävarmuus on varmaa. (Hanhinen 2011.)

Muutosjohtamisessa korostuu johtajan ja työntekijöiden välinen kommunikaatio. Johtajalta odotetaan tasapuolisuutta sekä arvostavaa yhdessä asioiden pohtimista sekä etsimällä vaihtoehtoja muutosten aikaansaamiseksi. Johtaja voi rohkaista henkilöstöä innovaatioon uusien toimintamalleja sekä ideoita kyseenalaistamaan oletuksia. Visionääri ja inspiroiva muutosjohtaja pystyy keskustelemaan tavoitteista ja innostamaan henkilöstöään sekä toimimaan roolimallina eettisiä periaatteita noudattaen. Osallistava johtaja kantaa vastuun toiminnasta ja sen kehittämisestä, mutta samalla osaa kuunnella henkilöstön näkemyksiä toiminnasta ja muutoksista. Osaamisen johtaminen on siis strategista johtamista, jossa arvioidaan ja kehitetään henkilöstön osaamista järjestelmällisesti toiminnan tavoitteiden pohjalta. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 54–56.)

Lähtökohtana käytänteiden kehittämiseksi on esimerkiksi tunnistettu tarve. Käytänteitä voidaan kehittää tai uudistaa. Uuden toimintatavan muodostuminen ja käyttöön ottaminen vaikuttavat organisaation kulttuuriin. Jotta uusi toimintatapa saataisiin pysyväksi käytänteeksi, on sille annettava aikaa. Mitä suuremmasta muutoksesta on kysymys, sitä enemmän se vaatii aikaa ja jalkauttamista työyksikköön. Tämä voi viedä jopa vuosia. Jos uusi toimintatapa on potilasturvallisuuden tai palvelujen kustannustehokkuuden näkökulmasta merkittävä, ei Sosiaali- ja terveydenhuollossa oikeastaan olisi varaa näin pitkään juurtumisaikaan. (Holopainen ym. 2013, 79–85.)

Yleisesti kehittämistyötä tehdään pilotoimalla, arvioimalla ja mallintamalla. Jos uusia toimintatapoja ei saada juurrutettua työyhteisöön voi tämä johtaa samojen asioiden uudelleen keksimiseen, jolloin työyksiköt hukkaavat resursseja päällekkäiseen työhön, eikä muutoksia saada aikaan. Koska uuden käytännön pysyväksi saaminen työyhteisöön vaikuttaa organisaation kulttuuriin, on sille annettava aikaa juurtua. (Holopainen, ym. 2013, 81–82.)

9 Opinnäytetyön toteuttaminen

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on saada moniammatillinen, tehokas ja turvallinen kotiuttamisen toimintamalli, joka edesauttaa turvallista kotiutumista. Tavoitteena on vähentää myös niin sanottua pyöröovi-ilmiötä eli potilaiden kulkua osastolta kotiin ja päinvastoin. Työntekijät ovat mielestämme parhaita asiantuntijoita kehittämään käytännön toimintaa. Kehittämistyöryhmät muokkautuivat ja tapaamisia oli monien erilaisten kokoonpanojen kanssa. Ryhmissä on ollut mukana kotipalveluohjaajia, kotihoidon johtaja, terveyskeskussairaalan ja kotihoidon fysioterapeutteja, terveyskeskussairaalan osastonhoitaja, henkilökuntaa terveyskeskussairaalaista ja kotihoidosta sekä yksityisen palvelujen tuottajia. Valinta tehtiin osallistujien tehtäväkuvan mukaisesti siten, että he ovat ainakin jollakin tasolla mukana ikäihmisen kotiuttamisen prosessissa (kuvio 6). Itse olimme aktiivisia kehittämistyöryhmän jäseniä sekä asioiden käytäntöön jalkauttamisessa.

Alla on kuvattuna kehittämistyön käynnistäminen ja suunniteltu eteneminen.

Kehittämistyön vaihe 1



Kehittämistyön vaihe 2



Kuvio 6. Kehittämistyön vaiheet

9.1 Kommunikatiivinen toimintatutkimus kehittämismenetelmänä

Käytämme opinnäytetyössämme kommunikatiivista toimintatutkimusmenetelmää. Tämän menetelmän on todettu soveltuvan hyvin erilaisten organisaatioiden toiminnan kehittämiseen. Saksalaisen sosiaalipsykologin Kurt Lewinin (1890 - 1947) on tunnistettu luoneen toimintatutkimuksellinen menetelmä 1940-luvulla. Tässä tutkimustavassa teorian ja tutkimuksen avulla pyritään muuttamaan käytännön ongelmia ja toimintaa aikaisempaa paremmaksi tutkijan ja käytännön toteuttajien yhteistyönä. Lewinin idean mukaan työelämän kehittäminen ja toiminnan muuttaminen onnistuu parhaiten sitouttamalla työntekijät mukaan prosessiin ja näin saada heidät vakuuttumaan muutoksen tarpeellisuudesta. (Jantunen, Naaranoja, Piippo, Mäkelä, Valtanen & Sankelo 2012; Heikkinen 2006, 23–26.)

Yleensä toimintatutkimus on ajallisesti rajattua kehittämis- ja tutkimustoimintaa, jossa pohditaan, suunnitellaan ja kokeillaan uusia toimintamuotoja. Tämä on vahvasti sosiaalista toimintaa, joka pohjautuu vuorovaikutukseen. (Heikkinen 2006, 16–19.) Toiminta perustuu dialogiin, jonka avulla toimijat voivat avoimesti pohtia ja tuoda tarkastelun alle

kehittämistoiminnan perusteita ja tavoitteita (Toikko & Rantanen 2009, 89). Hyvään teelliseen käytäntöön kuuluu ja tutkimuksen lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. Itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan antamalla ihmisille mahdollisuus päättää haluavatko he osallistua toimintaan, koska tiedonhankintatavat ja -menetelmät voivat aiheuttaa ihmistieteissä eettisiäkin ongelmia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23–25.)

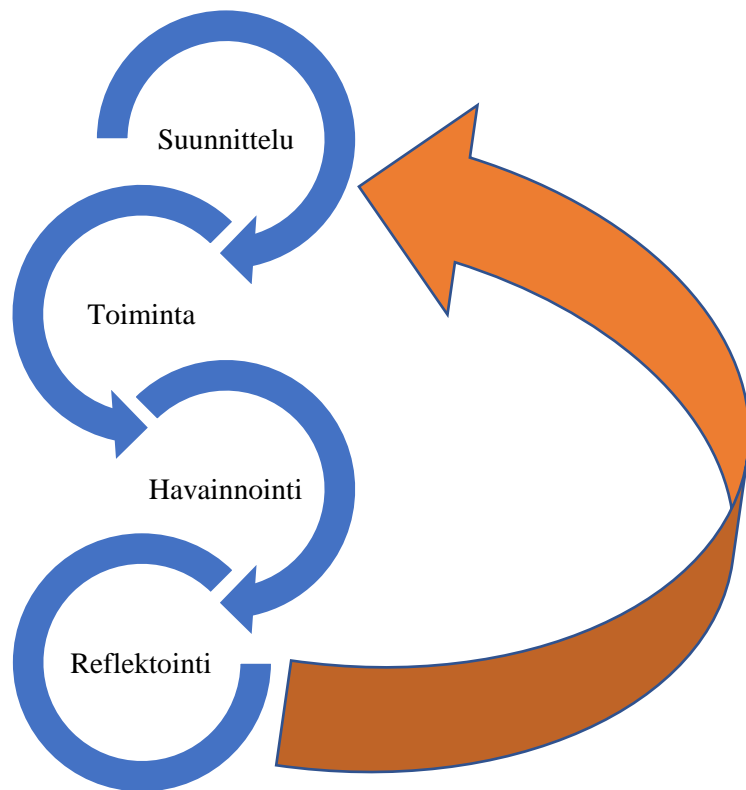
Tässä tutkimusmuodossa korostetaan vuorovaikutusta ja osallistujien tasavertaisuutta muutoksen aikaansaamiseksi, perustuen vastavuoroisuuteen ja avoimuuteen. Tätä tutkimusmuotoa kuvataan myös keskustelumenetelmänä ja demokraattisena dialogina, jonka avulla pyritään lisäämään osallistumista ja demokratiaa käyttämällä työntekijöiden kokemustietoa voimavarana ja samalla aktivoimaan heitä. Tätä tutkimusmuotoa ohjaa vahvasti toiminnan tuloksellisuus ja taloudellisuus näkökulmat. Kommunikatiivisessa toimintatutkimuksessa nähdään työntekijä oman työnsä asiantuntijana ja aktiivisen muutoksen liikkeellepanijana. (Heikkinen, Kontinen & Häkkinen 2006, 57–59.)

Dialogi on ryhmäprosessi. Se on tapa kommunikoida ja se on aktiivista vuoropuhelua; kuuntelemista, puhumista ja ajattelemista. Dialogissa ihmiset jakavat ja etsivät asioille yhteisiä merkityksiä syventämällä asioita mahdollisimman laaja-alaisesti ja perusteellisesti. Tarkoituksena on herättää uusia oivalluksia. Tärkeää on, että ryhmän hiljaisimmatkin jäsenet saavat mahdollisuuden tuoda ajatuksiansa esille. Kaikkien mielipiteistä ollaan kiinnostuneita. (Sydänmaanlakka 2009, 196–198.) Ryhmän osallistumista ja osallistamista pyritään vahvistamaan dialogisuuden avulla. Onnistunut kehittämistyö tapahtuu yhteistyössä, toisen osaamista ja mielipiteitä kunnioittaen ja kuunnellen. Tavoitteena tulisi olla aina yhteinen päämäärä mihin pyritään. (Heikkinen 2006, 50.)

9.2 Toimintatutkimuksen prosessi

Kehittämistoiminta on jatkuva prosessi, jonka eteneminen voidaan hahmottaa esimerkiksi jatkuvana syklinä eli spiraalina. Spiraali sisältää jatkuvan kehittämisen kehän, jolloin se on kuin pyörre, joka toistuvasti johtaa uusiin kehittämisideoihin ja tulokset asetetaan yhä uudelleen ja toistuvasti arvioitaviksi. Sosiaalisen toiminnan monimutkaisuus ja ennakoimattomuus kuuluvat olennaisesti kommunikatiivisen toimintatutkimuksen prosessiin.

Prosessissa suunnittelu-, toiminta- ja arviointivaiheita on vaikea erottaa toisistaan (kuvio 7). (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2006, 78–81; Toikko & Rantanen 2009, 64–67.)



Kuvio 7. Jatkuvan kehittämisen prosessi (Mukaillen Heikkinen ym. 2006, 78–81; Toikko & Rantanen 2009, 64–67)

Kommunikatiivisen toimintatutkimuksen periaatteena on toimijoiden tasavertainen keskustelu ja tasavertaisuus. Työntekijä nähdään parhaana asiantuntijana, joka myös toimii aktiivisena muutoksen liikkeelle panijana. Jokaisella toimijalla on mahdollisuus ja velvollisuus esittää omat mielipiteensä käsiteltävistä asioista. Keskusteluissa pyritään mahdollisimman avoimeen kommunikaatioon eli käydään niin sanottua demokraattista dialogia. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2007, 57–60.) Kommunikatiivisen arvioinnin avulla pyritään yhdistämään tutkimus, teoreettinen tieto sekä käytännön kehittäminen. Samalla pyritään luomaan käytäntöjä ja keinoja, jotka tukevat toimijoita ja käytännön muutosten toteuttamista ja toteutumista. Tarkoituksena on toteuttaa siis tutkimus ja muutostoiminta samanaikaisesti. (Lindh & Suikkanen, 2008.)

Tämän tutkimusmenetelmän on havaittu soveltuvan hyvin juuri organisaatioiden toimintakäytänteiden uudistamiseen ja kehittämiseen. Tutkijat ja tutkittavat ovat tasavertaisia toimijoita. Tutkimusongelma usein täsmentyy vasta tutkimuksen edetessä. (Jantunen ym. 2012.) Tämän vuoksi valitsimme kommunikatiivisen toimintatutkimusmenetelmän, koska koimme, että tämä tutkimusmenetelmä sopii työntekijälähtöiseen kehittämiseen. Juuri tämän tutkimusmenetelmän joustavuuden vuoksi halusimme ottaa menetelmän käyttöön, koska käsiteltyihin asioihin on helppo palata ja muokata saatujen palautteiden perusteella. Kehittämistyö tapahtuu yhteisöllisesti ja moniammatillisesti, toiveita ja mielipiteitä kuullen ja kunnioittaen.

10 Kehittämistyön eteneminen

Työryhmän tarkoituksena on käydä yhdessä läpi turvallisen kotiuttamisen periaatteet ja niiden mukaisesti luoda uusia ja toimivia toimintatapoja ja käytänteitä jotka tullaan jalkauttamaan organisaatioomme. Työryhmän kokoamisen tarkoituksena on saada moniammatillinen ja monialainen näkökulma. Käytämme osallistavaa kommunikatiivista kehittämismenetelmää. Tarkoituksena on verkostoitua ja jakaa asiantuntemusta rajapintatyöskentelyllä yli organisaatio- ja toimialarajojen. Tämän työskentelymenetelmän tarkoituksena on saada mahdollisimman toimiva moniammatillinen kotiuttamisprosessi.

Jatkotapaamisia ei sovittu aloitustapaamisessa. Sovittiin kuitenkin, että sähköpostiviestien avulla sovitellaan sopivat ajankohdat milloin mahdollisimman moni pääsisi tapaamisiin. Lähtökohtaisesti ajattelimme kehittämisen tapahtuvan moniammatillisen työntekijäryhmän tuella. Ehdotettujen päivämäärien puitteissa osallistujat järjestelivät mahdollisuuden osallistua ehdotettuihin tapaamisiin. Yhteistyö oli sujuvaa ja avointa, jolloin pystyimme keskustelemaan asioista monialaisesti. Jokaisen mielipide asioihin oli tärkeä ja näistä keskusteltiin avoimesti. Avoimen yhteistyön ansiosta pystyimme poimimaan ja kehittämään tapaamisten yhteydessä kotiuttamisen käytänteisiin liittyviä haasteita. Työn ohessa jokainen osallistuja vei sovittuja uusia käytänteitä työyhteisöönsä. Käytänteitä pohdittiin työyhteisön keskuudessa ja tarvittaessa palattiin aiheeseen seuraavassa tapaamisessa. Tapaamisten välillä asioita pohdittiin myös Kuntoutuspalaverissa, joka kokoon-tui viikoittain terveystieteiden keskuksen tiloissa.

Tämän työn moniammatillinen kehittämisyhdistyö aloitettiin huhtikuussa 2016 jatkuen marraskuulle 2016. Tällä aikavälillä ryhmissä esille nousseita kehittämisideoita vietiin jo suoraan käytäntöön ja marraskuun 2016 jälkeen kokosimme kehittämistyön tuotoksia työohjeina ja kotiuttamismallin kuvauksena kirjallisesti opinnäytetyön ohjeiden mukaisesti.

Alla olevan taulukon päivät olivat sovittuja tapaamiskertoja, mutta pääasiallinen kehittäminen tehtiin työn ohessa osallistamalla myös työntekijöitä ideoimaan ja muuttamaan käytäntöjä. Osastokokouksissa asiaa käsiteltiin sekä yhteisissä kokoontumisissa eri yksiköiden välillä. Ajoittain keskustelua käytiin pelkästään esimiestasolla, mutta asioita pyrittiin tuomaan henkilöstötasolla opinnäytetyön tekijöiden toimesta.

| pvm | aihe | osallistujat |
|-------------------------|--|---|
| 1. 27.4.2016 | Aloitustapaaminen | Kotiutushoitajat 2, tk-sairaalan osastonhoitaja, sosiaalityöntekijä, kotihoidon fysioterapeutti, opinnäytetyöntekijät |
| 2. 1.6.2016 | Yksiköiden välinen yhteistyö ja sairaanhoitajakonsultaatioiden kehittäminen – yhteistyön monialainen ja moniammatillinen vahvistaminen | Osastonhoitajia, sairaanhoitajia eri yksiköistä, lähihoitajia eri yksiköistä, sosiaalityöntekijä, yksityisten palveluntuottajien edustajia, hoito- ja hoivapalveluiden johtaja, kotihoidon johtaja ja -ohjaaja, opinnäytetyöntekijä |
| 3. 21.6.2016 | Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen | tk-sairaalan fysioterapeutti 2, kotihoidon fysioterapeutti, tk-sairaalan hoitajia 2, opinnäytetyöntekijät |
| 4. 6.9.2016 | Kotiutusyhdyshenkilön tehtäväkuvan suunnittelu | kotihoidon ohjaaja, tk-sairaalan hoitajia, tk-sairaalan osastonhoitaja ja opinnäytetyöntekijät |
| 5. 29.11.2016 | Kotiutuspalaveri – Moniammatillinen palaveri kotiutusyhdyshenkilön toimenkuvaa | Sosiaalityöntekijä, kotihoidon johtaja ja – ohjaaja, tk-sairaalan osastonhoitaja, kotiutusyhdyshenkilö, opinnäytetyöntekijä |

10.1 Työpajat

Ensimmäinen tapaaminen oli 27.4.2016, jossa kerroimme opiskelevamme ylempää ammattikorkeakoulututkintoa ja tähän liittyvästä kehittämistyömme ideasta. Kotiutuksia terveyskeskussairaalaan on nopeutettu ja tehostettu viimeisen kahden vuoden ajan erittäin hyvin tuloksin. Kehittämistä ja ennen kaikkea tehostamista vielä kuitenkin tarvitaan. Kotiutuksen suunnittelun tulee alkaa heti, kun potilas tulee terveyskeskussairaalaan.

Olimme keskustelleet eri puolilla Pohjois-Karjalaa työskentelevien opiskelutovereiden ja kollegoiden kanssa ja saimme kuulla heiltä hyviä kokemuksia eri työyksiköissä työskentelevistä kotiutusta koordinoivista hoitajista. Tässä tapaamisessa ehdotimme kokeilua koordinoivasta hoitajasta myös Liperin terveyskeskussairaalaan. Hänen tehtäviinsä kuuluisi alkuviikosta ennen Kunpa-palaveria selvittää kotiutujien taustaa. Esimerkiksi missä päin Liperiä asuu, asumismuoto, onko kotihoidon palveluja, omaisia tai läheisiä. Tämä idea ei saanut esimiestasolla kovin kannatusta, mutta se jäi taustalle elämään.

Tämän tapaamisen tuotoksena työstettiin terveyskeskussairaalaan työohjeet; mitä tulee ottaa huomioon, kun potilas tulee osastolle, kotiutumisen suunnitelman laatimisessa ja kirjaamisessa sekä potilaan kotiuttamiseen liittyvissä asioissa (liite 3). Näitä ohjeita vietiin suoraan käytäntöön.

Toinen tapaaminen oli 1.6.2016. Kokoontumisessa käsiteltiin terveyskeskussairaalan osastonhoitajan koolle kutsumalla isolla moniammatillisella joukolla yhteistyön ja konsultaatioiden kehittämistä eri yksiköiden välillä. Tämän tarkoituksena olisi vähentää niin sanottuja turhia potilassiirtoja päivystyspisteisiin. Käytiin läpi mitä ja minkälaisia potilaita voidaan eri yksiköissä hoitaa tavoitteena vähentää niin sanottujen ”pyöröovi” potilaiden määrää – turvata tarkoituksen mukainen hoitopaikka ja hoito. Sosiaalityön tärkeyttä korostettiin niin sanottujen ”sosiaalisin syin” terveyskeskussairaalaan joutuneiden kohdalla. Kotiuttamisten ajankohdista keskusteltiin, miten eri yksiköissä ne koetaan ja miten kukakin niihin voisi varautua ja valmistautua. Tiedonkulku koettiin puutteelliseksi. Myös jokaisen hoitoyhteisön velvoitteesta selvittää asioita keskusteltiin. Jos havaitaan puute tai virheellinen tieto – tulee se selvittää heti lähettävän yksikön kautta rakentavasti.

Ennakointia korostettiin sekä huomion kiinnittämistä asiakkaan/potilaan muuttuvaan toimintakykyyn. Yhteistyö yksityisten hoitopalveluiden kanssa > < kotihoidon > < terveyskeskussairaalan välillä todettiin hyväksi ja että yhteistyö on lisääntynyt selkeästi. Todettiin, että avoimuutta ja yhteistyötä eri yksiköiden välillä lisätään entisestään ja avun ja neuvon pyytämisen kynnystä pyritään madaltamaan entisestään.

Kolmas tapaaminen oli 21.6.2016. Kokoontumisessa keskusteltiin kotiutusten haasteista liittyen nimenomaan tiedon kulkuun sekä työn jakoon; kuka tekee, mitä tekee ja missä vaiheessa. SAS-palaverien (selvitä-asuta-sijoita) toimintaan ei oltu tyytyväisiä, koska tk-sairaalan hoitohenkilöstö ei kerennyt valmistautua palavereihin, eikä oikein tiedetty minkälaisia asioita palavereissa piti käsitellä – jolloin yhä uudestaan käsiteltiin jo käsiteltyjä asioita ja tästä syystä koettiin, että SAS-palaverien aika kuluu hukkaan. Lääkärin työpanosta ja osallistumista palaveriin toivottiin, että asiakkaan kotiuttamiseen saataisiin huomioitua myös lääketieteellinen näkökulma.

Huolestuneita oltiin myös siitä, että niin sanottu ”pyöröovi” kiertäminen näkyi useiden vanhusten kohdalla. Tähän toivottiin myös kotihoidon työntekijöiltä silmää seurata asiakkaan toimintakykyä ja ajoissa olemaan yhteydessä esimerkiksi kotihoidon fysioterapeuttiin tai edelleen hoitavaan tahoon – korostettiin kuntouttavaa työtettä. Tässä nousi ongelmaksi se, että kotihoidon lääkäriin on hankala saada yhteyttä resurssien puutteen vuoksi, jolloin lääkehoidon arviointi on hankalaa ja hidasta – asiakkaan tilanne saattaa eskaloitua ja joudutaan turvautumaan päivystykseen. Esiin nousi myös kunnan mahdollisuus käyttää kolmannen sektorin palveluja. Kotihoidon fysioterapeutti selvittää tätä mahdollisuutta jatkossa.

Läheisten saaminen mukaan hoitoon koettiin joidenkin kohdalla helpoksi, toisten kohdalla hankalaksi. Pohdittiin, miten tämä asia saataisiin korjatuksi tai paremmaksi. Tässä kokoontumisessa pohdittiin ja keskusteltiin myös ”koordinoivasta hoitajasta” ja hänen toimenkuvastaan. Melko yhdenmielisiä oltiin ajatuksesta, että se voisi olla hyvä kokoava, selkiyttävä ja asioiden jouduttamiseen hyvä asia. Pohdittiin, että se toisi kotiuttamisiin kokonaisvaltaisempaa näkemystä ja jatkuvuutta ja kotiutuksen onnistumisen turvallisuutta. ”Koordinoivan hoitajan” toimenkuvan perustamiselle pohdittiin jo alustavasti työnkuvaa:

- Poimii tk-sairaalan osastolta kotihoidon asiakkaat, kartoittaa voimassa olevat palvelut ja mahdolliset muutokset sekä järjestää ne - kotiutumisen jouduttaminen.
- Uudet asiakkaat? Läheisten ja potilaan kanssa neuvottelu. SAS-palaveriin tiedon kokoaminen.
- Moniammatillisen kotiutussuunnitelman laatiminen. Info/tiedottaminen.
- Kirjaamiskäytänteiden yhtenäistäminen ja yhtenäistyminen sovittujen kirjaamiskäytänteiden mukaisesti.
- Moniammatillinen yhteistyö. Palveluohjaus ja palvelujen koordinointi.
- Läheisten ohjaus ja tiedottaminen. tarvittaessa palaverien järjestäminen.

Nämä asiat koettiin vahvistavan tiedonkulkua, koska järjestelyt ovat hallinnassa yhden/moniammatillisen ryhmän käsittelyssä. ”Koordinoiva hoitajan” koettiin lisäävän potilasturvallisuutta, luotettavuutta, jatkuvuutta, resurssien oikein kohdentumista, kirjaamisen yhtenäisyyttä sekä parantavan myös työturvallisuutta; vähentäisi hoitotyön kuormittavuutta hoitotoimenpiteiden lomassa. Palaverin muistio lähetettiin hoito- ja hoivapalvelujen johtajalle. Tämän tapaamisen pohjalta aloimme työstämään kotiuttamismallia, joka olisi mahdollisimman yksinkertaisesti kuvattuna ja hahmotettavissa potilaan palvelutarpeen arvioinnissa turvalliseen kotiuttamiseen ja kotiutumiseen liittyvissä asioissa (liite 2).

Neljännessä tapaamisessa 6.9.2016 keskusteltiin koordinoivan hoitajan tarpeellisuudesta ja tehtävänkuvasta hyvin avoimesti ja myös kriittisesti. Terveyskeskussairaalan osastonhoitajan ehdotuksesta, hän sopi tutustumiskäynnin Joensuuhun, jossa meille esiteltäisiin kotiutusyhdyshenkilön tehtävänkuvaa Joensuun kaupungissa.

Palaveri oli 12.9.2016 Senioripihan Mattitalon kokoushuoneessa. Tähän emme (kehittämistyöntekijät) päässeet mukaan, koska meillä oli opiskeluihin liittyvä pakollinen kontaktipäivä. Tapaamisen tarkoituksena oli saada selville kotiutusyhdyshenkilön tehtävänkuva ja pyrkiä ottamaan siitä ainakin osioita omaan toimintaamme. Terveyskeskussairaalan osastonhoitaja laati tapaamisesta muistion, joka oli erittäin hyvä yhteenveto tapaamisesta, siitä suuri kiitos hänelle. On hyvä yhtenäistää nimikkeitä tulevaa Siun soteakin silmällä pitäen ja näin sovittiin, että osastolle tulevasta haastavia kotiutuksia hoitavasta henkilöstä käytetään nimitystä kotiutusyhdyshenkilö.

Kotiutusyhdyshenkilön tehtäviin kuuluisi potilaan kotiutusta valmistelevat selvittelyt yhdessä läheisten, hoitohenkilökunnan ja moniammatillisen tiimin kanssa. Erityistä huomiota kiinnitettäisiin terveyskeskussairaalan ja kodin välillä kiertäviin asiakkaisiin. Voimavaralähtöinen ajattelu ja ympäristön kartoittaminen koettiin erityisen tärkeäksi osaksi kotiutuksen onnistumista. Arjen selviytymisessä auttavat usein läheiset, omaiset ja naapurit ja heidän apunsa on myös tärkeää selvittää.

Tavoitteena olisi, että kotiutusyhdyshenkilön tekemä työ helpottaisi sekä terveyskeskussairaalan työntekijöiden sekä kotihoidon työtaakkaa. Verkostoituminen ja yhteistyö eri toimijoiden kanssa koetaan erittäin tärkeäksi. Hoitopalavereja pidetään tarpeen mukaan, mutta ei tavan vuoksi. Moniammatillisen tiimin toimintaa toivottiin osastonlääkärin työpanosta ja sitä pidettiin tärkeänä. Kotiutuspäivän sopiminen koettiin tärkeäksi, jotta siihen voivat kaikki kotiutukseen osallistuvat sitoutua. Terveyskeskus sairaalan puhelinnumerot eivät näkyneet, puhelu tuli tuntemattomasta numerosta. Jos kotihoidon työntekijä ei juuri silloin pystynyt vastaamaan puhelimeen, hän ei voinut soittaa takaisin ja tämä vaikeutti yhteydenottoa. Terveyskeskussairaalan puhelinnumerot palautettiin näkyviksi. Terveyskeskussairaalan henkilökunnalle annettiin ohje puhelinkäyttäytymisestä, puhelinvastaa-ja tulisi hyödyntää.

Viides tapaaminen oli 29.11.2016. Tapaamisessa keskusteltiin kotiutusyhdyshenkilön toimenkuvasta. Arvioitiin, miten työn näkyvyys ja vaikuttavuus koettiin eri yksiköissä. Tässä tapaamisessa sovimme SAS-palaverin nimen muuttamisesta Kunpaksi (kuntoutuspalaveri). Aluksi pohdittiin, miten Siunsoten vaikutukset muun muassa henkilövaihdoksien myötä tulevaisuudessa vaikuttavat oman kunnan toimintaan, miten Kunpa-palaverit jatkossa muodostuvat ja toteutuvat ja niin edelleen. Siunsote-muutokset puhuttivat ja keskusteluttivat paljon ja epätietoisuus vaikutuksista Liperin toimintaan.

Kotiutusyhdyshenkilö koki kuormittavana ja haastavana sen, ettei hänellä ole varsinaista työnkuvaa (työkuvan laajuus?). Kotiutusyhdyshenkilön ja sosiaalityöntekijän yhteistyö on ollut tiivistä ja molemmat kokivat työtaakan jakamista helpottavana tekijänä. Kotiuttamisiin liittyviä tehtäviä on voitu jakaa helpommin, kun on tieto kuka hoitaa (sopivat keskenään). Linjan vetoa siihen toivottiin laajemmin, kuka hoitaa mitäkin ja mikä asia kuuluu sosiaalipuolen ja mikä terveyspuolen selvitettäväksi. Pohdittiin mikä kuuluu kotiutusyhdyshenkilölle ja mikä hoitohenkilöstölle.

Kirjaamisen tärkeyttä korostettiin edelleen. Mitattu, tarkistettu tai seurattu hoitotyön merkinnöissä Mediatriissa ei ole kuvaavaa eikä anna ihmisen toimintakyvystä tai selviytymisestä tarvittavaa tietoa. Mediatri ei tällä hetkellä tue yhtenäistä kirjaamista (vrt sosiaalihoito – terveystyö). Pääleikkäinen kirjaaminen kotiuttamisiin liittyvissä asioissa on kuitenkin vähentynyt. Korostettiin, että palvelukartoitus pitäisi olla asiakaslähtöistä ei resurssilähtöistä. Yksityisten hoitopalvelujen kanssa asiointi koettiin hankalaksi jo senkin vuoksi, ettei yhtenäistä kirjauspohjaa ole, eikä yhteystietoja aina käytettävissä. Koettiin, että tiedon siirtymisessä on isoja ongelmia. Toteutuuko potilasturvallisuus?

Läheisten kanssa käytäviin neuvotteluihin pohdittiin sopivaa kokoonpanoa. Lähtökohdaksi tulisi olla kuitenkin moniammatillinen kokonaisuus sekä asiakaslähtöinen palveluiden tarve. Kotiutusyhdyshenkilön perehdyttämistä jatketaan moniammatillisesti. Toiveita puolin ja toisin toivotaan sanottavaksi ääneen. Kehittämistyötä jatketaan.

Tapaamisista kirjattiin muistiot, jotka jaettiin sähköpostin välityksellä osallistujille. Jos jollakin oli muistioihin liittyvää kommentoitavaa, niin asioihin voitiin palata ja käsitellä niitä asiaan liittyvällä kokoonpanolla. Muistiot olivat vapaasti kaikkien osallistujien kommentoitavissa. Muutosehdotuksia ei kuitenkaan muistioihin tullut vaan ne hyväksyttiin sellaisinaan. Työn kehittäminen jatkuu joka osa-alueella edelleen.

Kotiutusyhdyshenkilön toimenkuva on laajentunut nykyisin niin, että hän hoitaa lähes kaikki kotiutujien asiat. Lähtökohtana oli, että hän hoitaisi vain haasteelliset kotiuttamisasiat. Kotiuttamisen suunnittelu on kuitenkin mennyt eteenpäin tämän vuoden alusta. Palveluohjaajan työpanos on tullut vuoden alusta uutena kotiutumista tukevana toimintana. Kotiutusyhdyshenkilön työpanos on ollut tarpeellinen ja tehostanut ja tuonut sujuvuutta kotiutuksiin, mikä taas on helpottanut hoitohenkilöstön työkuormaa.

10.2 Kehittämishaasteet potilaan kotiuttamisessa Liperin terveyskeskussairaalasta kotihoitoon

Ensisijaisesti palaverissa käsiteltyjen asioiden pohjalta ja työyhteisöstä nousseiden pohdintojen perusteella nousi esiin haasteena, miten saadaan läheiset mukaan kotiutuksen

suunnitteluun jo varhaisessa vaiheessa. On selvittettävä miten saadaan rakennettua luottamuksellinen ja avoin moniammatillinen yhteistyö asiakkaan parhaaksi?

Tiedon kulku koettiin haasteelliseksi toteuttaa työyksiköiden välillä. Mietittiin useita eri vaihtoehtoja; työviesti, puhelu, tekstiviesti ja miten ne ajallisesti kohdistetaan oikein kotiutusajankohtaa ajatellen. Yhteistä kirjaamisalustaa ei ollut (vrt. sosiaali- ja terveystalvelujen eri ohjelmistot). Pohdittiin oikeaa ja sopivaa kirjaamisen menetelmää, jotta mahdollisimman laaja tiedonkulku olisi turvattu.

Koettiin, että SAS-palaverit eivät toteudu tehokkaasti, koska terveyskeskussairaalan henkilökunta ei ehdi perehtyä kotiuttamiseen liittyvien asioiden valmisteleamiseen osastotyön ohessa (vrt. kolmivuorotyö; hoitajien vaihtuvuus). Keskustelua herätti myös kenen olisi tarpeellista osallistua SAS-palaveriin kokonaisvaltaisen ja moniammatillisen hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Koettiin, että nykyisellään SAS-palaverissa käsitellään myös sinne kuulumattomia asioita eli esimerkiksi asiakkaiden asioita, joilla on jo kotihoidon palvelut olemassa. Lähtökohtaisesti tulisi muistaa, että SAS-palaverit ovat vain haasteellisia tai uusien asiakkaiden kotiutuksia varten.

Kotiutukseen liittyvän työjaon määrittäminen, kuka tekee mitä ja missä vaiheessa; apuvälineiden tarvekartoitus, apuvälineiden lainaussopimukset sekä käytön ohjaus sekä kodin toiminnollisuuden kartoitus. Huomioitavaa olisi, että kotihoidon työntekijät kiinnittäisivät huomiota jo varhaisessa vaiheessa asiakkaan selviytymiskykyyn ja toimintakyvyn muutoksiin ja kotona esiinnousseisiin puutteellisuuksiin tai muutoksen tarpeisiin.

Liperin terveyskeskussairaalassa on 30 potilaspaikkaa. Potilaita tulee jatkohoitoon erikoissairaanhoidon kaikilta erikoisaloilta sekä terveyskeskuksen vastaanotolta ja päivystyksestä. Potilaiden hoito on laaja-alaista osaamista vaativaa, koska potilaat voivat olla myös moniongelmaisia. Kotiuttamisten kehittämiseen on panostettu ja pyritty pysymään ajanhermoilla, mutta tilanteet ja ongelmat ovat tulevaisuudessa muuttuvia, jolloin kotiuttamisen selvittelyt vaativat entistä laaja-alaisempaa osaamista ja yhteistyötahojen antamien palvelujen tuntemusta. Kotiuttamisen hallitseminen on hajanaista ja se on aikaa vievä prosessi, jolloin työnjaon tulisi olla selkeää. Kotiuttamiseen liittyy myös päällekkäisiä toimintoja, turhaa odottamista, asioiden varmistelua ja tietojen etsimistä, jolloin tiedottaminen laaja-alaisesti ja moniammatillisesti jää usein puutteelliseksi. Kotihoidon

palvelut eivät työskentele välttämättä samassa toimipisteessä, jolloin tiedon kulun katkeaminen on myös helpompaa.

11 Kehittämistyön tulokset ja tuotos

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli saada moniammatillinen ja turvallinen kotiuttamisen toimintamalli, joka turvaa potilaan turvallista kotiutumista. Työntekijät ovat mielestämme parhaita asiantuntijoita kehittämään käytännön toimintaa, joka näkyikin muutosten nopeana leviämisenä käytäntöön. Lopulta oli nähtävissä, että henkilöstö opasti toinen toistaan, koska vastuu työn kehittämisestä ja muutoksista annettiin pääasiassa henkilökunnalle. Henkilöstöltä tulleiden muutosehdotusten ja lisäideoiden pohjalta työn kehittäminen eteni vauhdikkaasti ja käytännöt juurtuivat nopeasti. Tässä kappaleessa kuvaamme kehittämistyöskentelyn tuloksia. Nämä tuotokset muodostuivat työpajatyöskentelyn ja henkilöstön yhteistyön tuloksena. Moniammatillinen yhteistyö sekä avoimuus ja yksiköjen välinen työskentely vahvistuivat. Kehittäminen ja erilaisten työskentelyprosessien työstäminen ja kehittäminen jatkuvat edelleen sekä terveystieteiden sairaalassa että kotihoidossa.

11.1 Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen ja vahvistaminen

Osastolle laadimme selkeästi tulleista tiedon etsimisen esteistä kirjallisen ohjeen. Mediatrin polkuohjeistus:

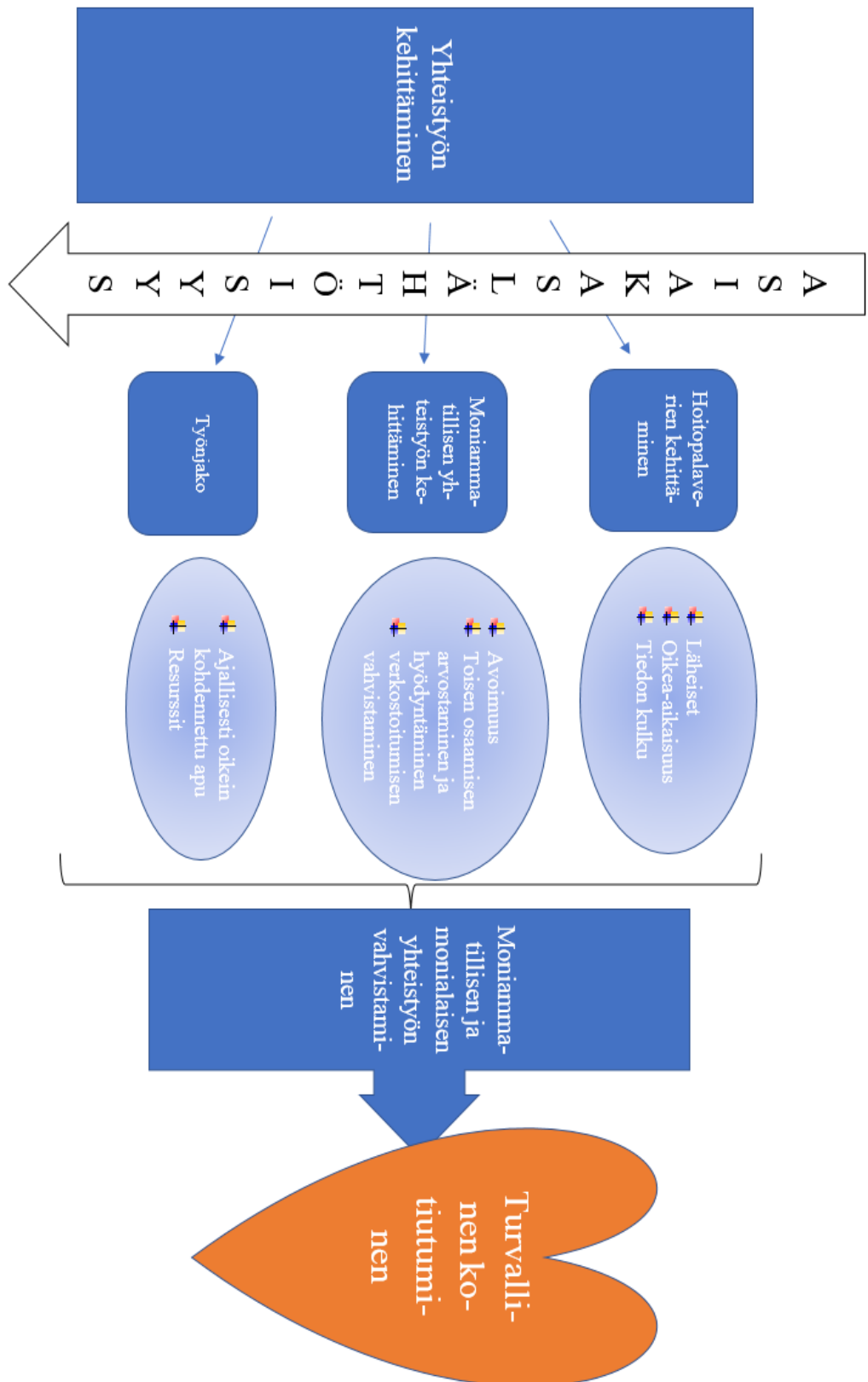
- ✓ missä kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelma Mediatrissa sijaitsee
- ✓ mistä löytyvät asiakkaan palveluihin liittyvä informaatio (liite 1)

Sosiaali- ja terveyspalvelujen työyksiköiden välistä Mediatrin tiedoksi-viestien käyttöä tehostettiin. Aikaisemmin osastolta tulevat puhelut ovat tulleet tuntemattomasta numerosta. Muutosten myötä numero on tullut näkyväksi, jolloin yhteyden saaminen on helpompaa ja takaisinsoitto mahdollistuu. Puheviestin jättämisestä on ohjeistettu, niin että

yhteydenottaja jättää lyhyen tiedotteen, jolloin puhelu ohjautuu takaisin soitettaessa oikealle henkilölle.

Kotihoidon fysioterapeutti tuli mukaan SAS-ryhmään, jolloin ryhmän moniammatillisuus vahvistui. Tässä vuorovaikutusprosessissa pystymme työskentelemään mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja asiakaslähtöisesti. Myöhemmin ryhmän nimi muuttui KUNPAksi (kuntoutuspalaveri) johon kotiutusyhdyshenkilö tuli myös mukaan. Osa Liperissä toimivasta SAS-ryhmästä kävi tutustumassa Joensuun vastaavaan toimintamalliin. Joensuun SAS-ryhmä on kokoonpanoltaan raskaampi ja sen työpanos keskittyy vain tehostettuihin palveluihin. KUNPA ryhmä on kevyempi ja siinä pohditaan laaja alaisemmin asiakkaan palvelun tarvetta. Tämän vuosi Liperissä päätettiin muuttaa nimi KUNPAksi. Tämä taas pohjautuu SIUN SOTE:n alkamiseen ja toimintojen ja nimitysten yhtenäistämiseen.

Työstimme moniammatillisesta yhteistyön kehittämisestä ja vahvistamisesta yhteenvedon (kuvio 8), jossa korostuu asiakaslähtöisyys ja yhteistyö eri ammattiryhmien välillä. Tavoitteena on potilaan turvallinen kotiuttaminen ja kotiutuminen terveyskeskussairaalarsta kotihoitoon.



Kuvio 8. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen ja vahvistaminen kotiuttamisessa

11.2 Kotiuttamismalli Liperin terveystieteiden keskuksessa kotihoitoon

Kotiuttamismallin työstäminen ja määrittäminen tapahtuivat jokaisella kokouksella yhdessä pohtien, mitä missäkin potilaan hoidon vaiheessa huomioidaan kotiutumisen ajankohtaa mietittäessä ja suunniteltaessa.

Potilaan tultua osastolle aloitetaan kotiutuksen suunnittelu. Tarkistetaan potilastietojärjestelmä Mediatrixista perustiedot, suostumukset ja kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelmasta (Hopasu) onko kotihoidon palvelujen piirissä. Samalla voidaan haastatella potilasta ja läheistä mahdollisista kotona asumisen haasteista. Liperin terveystieteiden keskuksessa hoidetaan potilaan akuutin sairauden vaihe sekä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa jo tullessa arvioidaan kotiuttamisajankohta (liite 2). Kuntouttavan työotteen periaatteen mukaisesti osaston fysioterapeutti arvioi potilaan suoriutumiskykyä sekä mahdollista apuvälinetarvetta sekä arvioi kotihoidon fysioterapeutin käyntien tarvetta kotiutuessa.

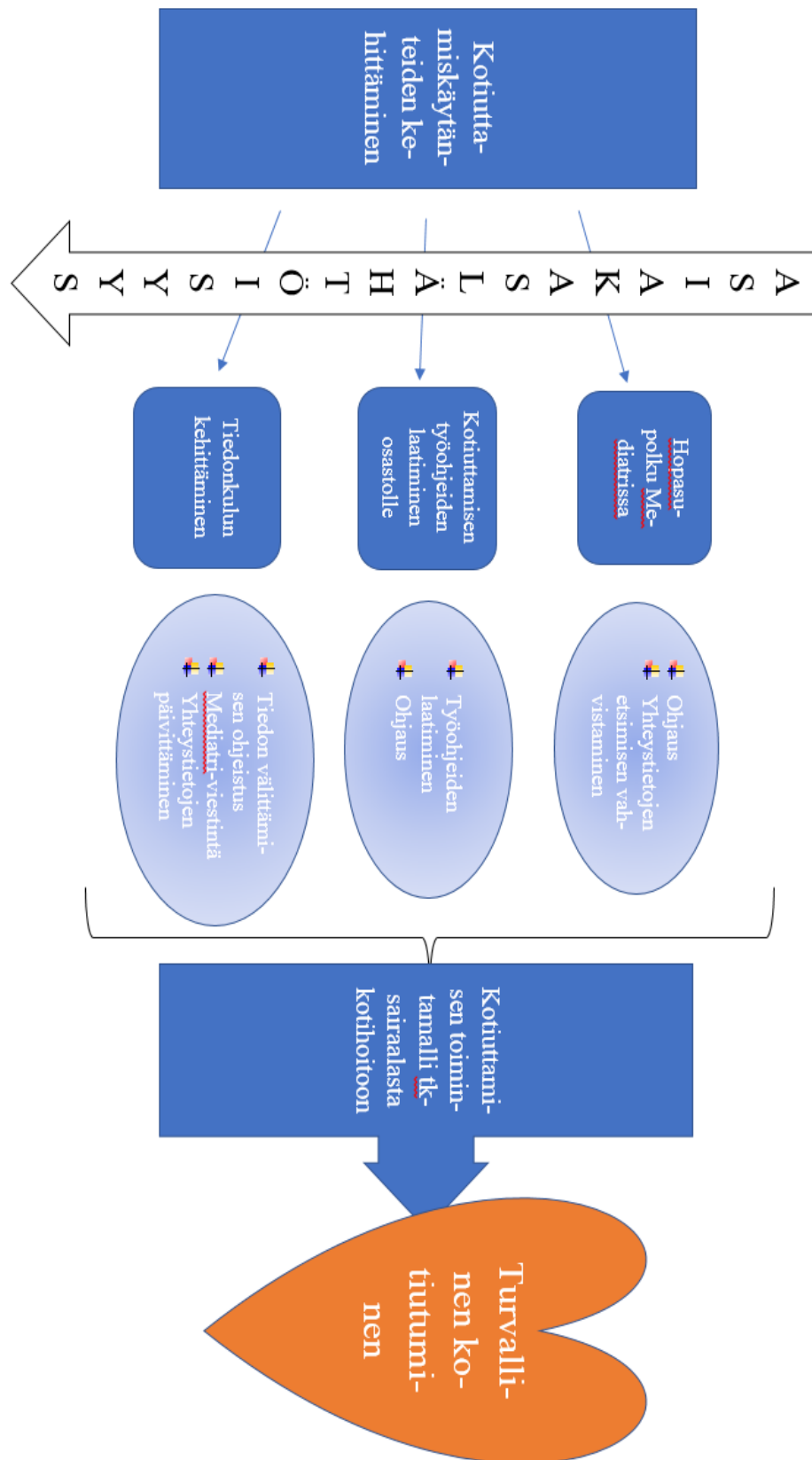
Kotiutusyhdyshenkilö aloittaa potilaan kotitilanteen selvittelyn terveystieteiden keskuksessa saapumisen ja henkilökunnan alkutilannekartoituksen perusteella. Terveystieteiden keskuksessa henkilökunta tuo esille potilaan kotiutumiseen liittyviä haasteita. Kuntoutuspalaveri (Kunpa) kokoontuu joka viikon tiistaina terveystieteiden keskuksessa tiloissa moniammatillisena tiiminä. Kuntoutuspalaveriin osallistuu terveystieteiden keskuksessa osastonhoitaja, kotiutusyhdyshenkilö, kotihoidon fysioterapeutti ja kotihoidon kotiutushoitajat. Palaverissä käsitellään ja suunnitellaan moniammatillisesti liperiläisten potilaiden kotiutuksiin liittyviä asioita.

- ▼ Jos potilas ON kotihoidon asiakas, otetaan yhteyttä suoraan asuinalueen kotihoitotiimiin. Nimetyn omahoitajan nimi ja puhelinnumero löytyvät asiakkaan perustiedoista Mediatrixista. Soitetaan raportti kotihoidon tiimiin; kerrotaan kotiuttamisajankohta ja vointi, lääkitysmuutokset sekä muut asiakkaan kotona selviytymiseen mahdollisesti vaikuttavat seikat. Sekä mahdolliset tulevat suunnitelmat hoidon suhteen (kontrollit tms).

- ✓ Jos potilaalla EI OLE kotihoidon palveluja otetaan yhteyttä Läntisen alueen Liperin palveluohjaajaan. Palveluohjaajan kautta järjestetään palvelujen kartoitus palaveri osastolla ja tarvittaessa kotona. Palaverin tarkoituksena on saada moniammatillinen näkemys potilaan/asiakkaan tilanteesta. Ideaalitilanne olisi, että palaveriin osallistuisi potilas, osaston sekä kotihoidon fysioterapeutit, kotiutusyhdyshenkilö, kotiutushoitajat sekä läheiset. Tarvittaessa myös sosiaalityöntekijä osallistuu palaveriin. Tällä pyritään saamaan kotihoidon palvelujen ja läheisten turvin mahdollisimman turvallinen ja onnistunut kotiutuminen. Tarvittaessa palataan kotioloissa palvelutarpeen uudelleen arviointiin.

Terveyskeskussairaalaan kotiutuessa on varmistettava lääkityslistan oikeellisuus ja ajan-tasaisuus sekä reseptien voimassaolo. Lääkelistan päivityksessä tulisi huomioida myös toisessa yksikössä aloitetut uudet lääkkeet nykytilanteeseen liittyen sekä huolehtia mahdollisista jatkokontrollien ajankohdasta sopiminen. Kotiuttamismallin kehittämisen ohessa työstiin terveyskeskussairaalaan tarkistuslistat kotiuttamisen tueksi. (Liite 3). Näissä työohjeissa huomioitiin potilaan tilanne jo osastohoitoon tullessa ja kotiutumis-suunnitelman laatimiseksi jo varhaisessa vaiheessa. Läheisten mukaan ottamista kotiutusprosessiin tehostettiin.

Työstimme yhteenvedon (kuvio 9) kotiuttamisessa huomioitavista asioista terveyskeskussairaalaan, kun iäkkään potilaan kotiutusta kotihoitoon lähdetään suunnittelemaan. Opinnäytetyön lopussa liite 2 ja liite 3 tukevat asiakaslähtöisten kotiuttamiskäytänteiden vahvistumista.



Kuvio 9. Kotiuttamiskäytänteiden vahvistaminen

12 Pohdinta

Ehdotimme ensimmäisessä kokoontumisessa kotiutusyhdyshenkilön työn perustamista/aloittamista osastolle. Tätä tuki useat ympäristökunnissa tehtyt kotiuttamisen kehittämishankkeet. Kotiutusyhdyshenkilön työstä oli saatu säästöjä ja kotiuttamistoimet olivat tehokkaampia moniammatillisesti. Kunnassamme ei aiemmin ollut ollut tällaista toimintaa, vaan osaston hoitohenkilöstö oli lääkärin kiertojen ja hoitotyön lomassa yrittäneet kotiutuksia hoitaa. Väärinymmärryksiä ja puutteellista raportointia esiintyi suhteellisen paljon. Alkuperäisenä työn aiheena olimme suunnitelleet kehittävämme kotiutusyhdyshenkilölle työnkuvan ja toimintamallin sekä luomaan kotihoidon fysioterapeutille työnkuvaa, joka myös oli opinnäytetyön alussa (idea vaiheessa) aloittelemassa uutena työntekijänä. Koska tuo ensimmäinen ideamme tyrmättiin alussa täysin, keskityimme kotiutusprosessin hiomiseen ja kehittämiseen.

Myöhemmin kuitenkin kotiutusyhdyshenkilön toimi perustettiin ja se on pikkuhiljaa lähtenyt työn ohessa käyntiin ja laajentunut. Hoitaja toimenkuvaan siirrettiin syyskuussa 2016. Kotiutusyhdyshenkilön työpanokseen on oltu tyytyväisiä kautta linjan. Myös kotihoidon fysioterapeutin toimenkuva on pikkuhiljaa käynnistynyt ja mennyt eteenpäin.

Työn tekeminen on ollut haastavaa, koska Siun soten valmistelut ovat olleet käynnissä koko opinnäyteprosessin ajan. Tiedetään, että kaikki tulee muuttumaan ja kotiuttamisiin tullaan puuttumaan ja kehittämään prosesseja yhtenäisemmiksi. Liperin alueella ollaan oltu kehityksessä edellä muihin Siun soten läntisiin alueisiin verrattuna. SAS-palaverin olemme muuttaneet jo viime syksynä toimimaan Kuntoutuspalaverin (Kunpa) nimellä. Kotiutusyhdyshenkilö on toiminut terveystakeskussairaalan osastolla jo viimevuoden syyskuusta lähtien.

Vaikka opinnäytetyön tekeminen oli haastavaa nopeastikin vaihtuvien tilanteiden ja kokoonpanojen vuoksi, oli myös toisaalta helppoa toimia yhteisen asian eteen. Sitoutuminen työn eri vaiheisiin ja toteutukseen oli helppoa. Asioiden ujutaminen käytäntöön kävi myös yllättävän helposti. Olisiko tähän vaikuttanut se, että työtä tehtiin koko ajan työntekijätasolla ja kuunneltiin ongelmia ja yhdessä niitä yritettiin pohtia eteenpäin. Kotiutusohjeet pitäisi perehdytyksen yhteydessä käydä yhdessä läpi uuden työntekijän kanssa.

Avot-hanke on vasta alkanut ja sen toivotaan tuovan muutoksia, parannuksia ja vievän kotihoidon kehittymistä eteenpäin. Ikäihmisten määrä kasvaa ja elinikä pitenee, joten täytyy olla muutakin asumismuotoa tarjolla ikäihmisille kuin palvelutalo, ryhmäkoti tai tehostettu palveluasumisen yksikkö. Palvelujen tason tulee myös kehittyä ja olla erilaisia vaihtoehtoja. Kaiken tämän keskellä on myös huomioitava henkilökunnan resurssit. Tällä hetkellä kotihoidon työntekijät tekevät työtä äärirajoilla. Työntekijöitä tulisi palkata lisää ja organisoida töitä uudelleen. Toivottavasti hanke löytää myös tähän ratkaisuja.

Pohdintamme mukaan tulisi olla laadultaan eritasoisia hoitopaikkoja. On muistettava, että terveyskeskussairaala ei voi olla kenenkään koti. Siun soten myötä Liperin terveyskeskussairaala on profiloitunut läntisen alueen akuutti terveyskeskussairaalaksi ja varsinkin nyt on kiinnitettävä huomiota toimivaan ja sujuvaan kotiuttamisprosessiin, jossa yhdistyy turvallinen kotiuttaminen ja kotiutuminen. Näillä toimenpiteillä pyritään ehkäisemään potilaan kiertäminen sairaalasta kotihoitoon ja toisinpäin (niin sanottu pyöröovi-ilmiö).

Kotona selviytymistä tulee tukea esimerkiksi kotikuntoutuksen avulla. Liperin kunnassa on tällä hetkellä erittäin hyvä tilanne ja olemme saaneet lisää fysioterapeutin työpanosta ja tulevaisuudessa toimintaa kehitetään edelleen. Yksityisiä palvelujen tuottajia tulisi saada lisää ja mahdollisimman erilaisiin tehtäviin. On mahdollistettava myös asumisen jatkuminen maaseudulla, kaukana palveluista. Näitä palveluja tulisikin kehittää. Kolmannen sektorin toimijoihin tulisi panostaa ja kouluttaa esimerkiksi ulkoiluystäviksi, kaveriksi. Siinä molemmat hyötyisivät: auttaja tuntisi itsensä tarpeelliseksi ja autettava saisi palvelun.

Kotihoitoon tulevien asiakkaiden määrä kasvaa koko ajan ja asiakkaat ovat usein moni sairaita ja moniongelmaisia. Monilla asiakkailla ei ole läheisiä ollenkaan tai he asuvat hyvin kaukana, eivätkä voi tai pysty osallistumaan läheisensä hoitoon. Olemme huomanneet myös, kuinka vaikeaa on löytää päihde- ja mielenterveys asiakkaalle jatkohoitopaikkoja. Kotihoidon resurssit eivät riitä hoitamaan haasteellisia asiakkaita, jotka vaativat useita käyntejä päivässä ja asuvat usein vielä pitkän matkan päässä taajamasta.

On mietittävä myös sitä, miten ikäystävällinen kunta on ja miten siellä on ratkaistu kuntalaisten hyvinvointi. Minkälainen on muun muassa alueen asuntopolitiikka, lähipalvelut,

kulttuuri-, liikuntapalvelut, järjestöjen ja yhdistysten tuki, kuljetuspalvelut ja liikennesuunnittelu. Hyvän vanhuuden turvaaminen edellyttää rakenteiden muuttamista, sillä nykyisen kaltaisen palvelujärjestelmän ylläpitäminen ei ole taloudellisesti kestävällä perustalla. Palvelurakennemuutos edellyttää palvelujen sisällöllistä remonttia ja iäkkäiden parissa toimivien osaamisen kehittämistä ja laajaa yhteistyötä.

Väestö ikääntyy nopeasti ympäri maailmaa. Ikääntyminen tuo esiin sekä haasteita että mahdollisuuksia. Se lisää perusterveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon kysyntää. Tämä vaatii enemmän ja paremmin koulutettua työvoimaa ja tehostaa entisestään ikääntyvien asumisympäristöjen tarvetta. Yhteiskunnat, jotka sopeutuvat tähän muuttuvaan väestörakenteeseen ja investoivat *terveen ikääntymisen aikana*, voivat antaa yksilöille mahdollisuuden elää pidempään ja terveempää elämää, jossa tulee huomioiduksi ensisijaisesti potilaan toiveet ja tarpeet sekä turvata laadukkaat monialaiset palvelut (World Health Organization 2002.)

Läheisten osallistuminen hoitoon ja arviointiin olisi myös tärkeää. Toki on huomioitava, että kaikilla ei ole lähiomaisia. Valta (2008) on tutkinut väitöskirjassaan iäkkään suoriutumista kotona päivittäisistä toiminnoista. Tämän tutkimuksen mukaan lasten, perheiden ja sukulaisten antaman sosiaalisen tuen merkitys on suuri ja heidän tuellaan iäkäs ihminen koki selviytymisen helpommaksi. Läheiset huolehtivat esimerkiksi kaupassa asioinneista tai apteekissa asioinneista. Myös Eloranta (2009) on päätenyt tutkimuksessaan sosiaalisen verkoston merkityksen tärkeydestä iäkkäälle ihmiselle. Tutkimuksen mukaan sosiaalinen tukiverkko on suorassa yhteydessä koettuun yksinäisyyteen ja terveydentilan muutoksiin. Tämän vuoksi läheiset tulisi ottaa vahvasti hoitotyön eri vaiheisiin mukaan ja kuulla heitä esimerkiksi kotiuttamisvaiheessa terveyskeskussairaalaista kotihoitoon.

13 Kehittämistyön arviointi

Arviointi kohdistuu tavoitteisiin, menetelmien soveltuvuuteen tavoitteiden kannalta sekä ajankäyttöön. Lisäksi arvioidaan kehittämistyön seurauksena syntyviä muutoksia toiminnassa. Muutosten arviointiin osallistuvat kaikki kehittämisessä mukana olleet osallistujat. Yhteistyö on vahvistunut yli toimialarajojen.

Keväällä 2017 molempien opinnäytetyöntekijöiden työnkuvat muuttuivat ja yhteinen aika opinnäytetyön tekemisessä jäi minimiin. Tässä taas huomasi, miten työn imussa asioita oli kehitetty, mutta kirjaaminen oli jäänyt vähemmälle. Useiden kuukausien tauon jälkeen työhön palaaminen ja sen kehittämismahdollisuuksiin oli haastavaa palata. Tässä kohtaa totesimme jälleen, miten tärkeää tällaisessa prosessissa on pitää aikataulua ajan tasalla sekä lyhyesti myös siihen laittaa; mikä on tilanne, mitä tehty ja mitä suunnitellaan.

Opinnäytetyön tiimoilta on saatu eri yksiköiden välistä yhteistyötä vahvistettua sekä lisäämään yhdessä tekemisen vahvuutta. Työohjeita on päivitetty ja saatu sujuvasti työn ohessa käytäntöön. Tulosten arviointiin ei ole kehitetty mitään itsenäistä arviointia, vaan asioita käydään yhteisesti osasto-/tiimipalaverissa läpi sekä vaihtuvilla kokoonpanoilla edelleen. Tämän tekee kuitenkin nyt helpommaksi se, että kaikkien työyksiköiden ja ammattiryhmien kehittämishalu on saatu näkyväksi ja toimitaan yhteisesti potilaan parhaaksi.

Jos kotihoidon palvelut työskentelisivät ja olisivat konkreettisesti samassa paikassa, olisi heillä myös mahdollisuus saumattomampaan ja yksilöllisempään avun tarjoamiseen. Tiedonkulun katkokset jäisivät vähemmäksi. Apujen ja hoidon tarpeen arvioinnista olisi helpompi neuvotella sekä konsultoida. Lääkärin työpanoksen saaminen kotihoitoon olisi onnistuneen hoidon perusta, joka omalta osaltaan karsisi ”pyöröovi”-efektiä. Terveyskeskussairaalan ja kotihoidon lääkärin yhteistyö kotiuttamisiin liittyenkin olisi näin kaiken kaikkiaan hedelmällisempää ja tuottavampaa. Hoidon jatkuvuus ja oikeellisuus olisi turvattu.

Se, että asioista puhuttiin ääneen ja niitä koottiin yhteen, henkilöstö koki, että vastauksia ja vaihtoehtoja oli tarjolla. Tämä helpotti yhteistyötä eri tahojen kanssa. Palautteen antaminen asiallisesti eri yksiköiden välillä koettiin ensiarvoisen tärkeäksi. Henkilöstö koki, että kukaan ei virheitä tee tahallisesti eikä tarkoituksella. Sekä kotihoidon, että terveyskeskussairaalan henkilöstö on ajoittain suuren työkuorman alla, joka taas altistaa virheille, jotka ovat inhimillisiä, mutta samalla voivat olla kohtalokkaita. Tähän ei olisi varaa. Onneksi näihin kotiuttamisten solmukohtiin ja haasteisiin on saatu helpotusta kotiutusyhdyshenkilön myötä sekä yhteisten toimintatapojen luomisella. Avoimen yhteistyön lisääntyminen on myös ollut näkyvämpää.

Kehittämistyö eteni vauhdikkaasti työntekijöiden kesken. Työntekijälähtöinen kehittäminen tällaisessa työssä on kaiken a ja o. Se, että työntekijä itse oivaltaa muutoksen merkityksen omalle työlleen motivoi kehittämään erilaisia työnkulkuun liittyviä prosesseja. Vastuun antaminen työntekijälle oman työnsä kehittämiseen ja arviointiin on arvokas asia, mutta vaatii esimieheltä organisointikykyä sekä arvostusta työyhteisön ja yksittäisen työntekijän osaamiseen.

Pidämme tulevaisuuden haasteita merkittävänä sosiaali- ja terveysalan hoitotyön kentällä johon vaikuttaa jatkuvat muutokset ja uusien sukupolvien muuttunut suhtautuminen työhön. Tämän vuoksi esimiesten kyky muutosjohtaa työyhteisöä on merkittävässä asemassa. Työntekijöiden osaamisen huomioiminen ja vastuun jakaminen omaan työhön liittyvissä asioissa tuottaa työn- ja oppimisen iloa ja tukee työssä jaksamista. Tulevaisuuden työelämässä työntekijät haluavat vaikuttaa oman työn kehittämiseen.

Tällä hetkellä, kun tämän opinnäytetyöprossin aloituksesta on kulunut vuosi, on moni tässä työssä käsitelty asia jo ehtinyt muuttua tai jatkotyöstetty eteenpäin.

14 Luotettavuus ja eettisyys

Tässä opinnäytetyössä on käytetty kehittävää työntutkimusmenetelmää toiminnallisena kokonaisuutena eli kommunikatiivista tutkimusmenetelmää. Tällöin tiedetään työn käytäntöjen ongelmakohtia, joihin pyritään löytämään asiakaslähtoisempiä, laadukkaampia ja tehokkaampia käytäntöjä. Työryhmien ja työntekijöiden omia kokemuksia ja ideoita hyödynnetään. Nostetaan tarkasteluun esimiesten – työntekijöiden ja asiakkaiden näkökulma kehitettäviin käytäntöihin. Toiminnallisen kehittämistyön tavoitteena on tuottaa, kehittää ja uudistaa työelämän käytäntöjä. (Anttila 2008.)

Toimintaan otetaan mukaan kehittämistyön kannalta keskeisiä toimijoita, joiden erilaiset ja monipuoliset ja käytännönläheiset mahdollisuudet osallistua tiedon tuotannon eri vaiheisiin ovat keskeisiä lähtökohtia. Luotettavuuden näkökulmasta arvioidaan, miten kehittämistyöhön osallistujat ovat osallistuneet prosessin kulkuun. Osallistujat voivat olla työelämätoimijoita, asiakkaita ja kansalaisia. Osallistavien menetelmien oikeellisuutta sekä

tarkoituksenmukaisuutta arvioidaan, sekä valittujen kehittämismenetelmien sopivuutta. Kehittämistyössä voidaan käyttää laadullisia ja määrällisiä menetelmiä, joiden luotettavuuden arvioinnin kriteerit tulevat menetelmistä. (Anttila 2008.)

Luotettavuutta arvioidaan kehittämistyön kokonaisuuden sekä johdonmukaisuuden toteutumisen loogisuuden perusteella. Luotettavuuden arviointi lähtee suunnitelmavaiheesta ja tehtäväasettelusta tarkastellen aiheen käsittelyä ja tulkintaa pitkin opinnäytetyön prosessia. Luotettavuutta eli validiteettia arvioidaan sen perusteella, miten tulokset vastaavat todellisuutta tai ovat yleistettävissä. Kehittämismenetelmä itsessään ei johda tietoon, vaan menetelmä tulisi valita sen mukaan minkälaista tietoa haetaan. (Hyväri & Vuokila 2017.)

Tässä työssä luotettavuus näkyy luottamuksellisessa ilmapiirissä, jossa jokaisella on ollut oikeus ja mahdollisuus tuoda omia mielipiteitään julki. Asioita on käsitelty ja työstetty avoimesti keskustellen ja pohtien erilaisia mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja. Käsiteltyihin asioihin on palattu uudestaan, jos jollakin on ollut muutosehdotuksia tai herännyt ajatuksia toisenlaisesta näkökulmasta. Myös läheisiä on otettu enemmän huomioon kotiuttamiseen liittyvissä asioissa. Eettisyys näkyy vahvassa ammatillisessa osaamisessa ja toisen työn kunnioittamisena. Työskentely sai kiitosta siitä, että asioista voitiin puhua ääneen ilman ”väittelyä”. Yhteisenä tavoitteena on ollut kehittää kotiuttamisen ja kotiutumisen toimintamallia asiakaslähtöisesti. Kaikki työskentelyyn osallistuneet ovat olleet innolla mukana ja halu kehittää toimintoja asiakaslähtöisestä näkökulmasta on saanut kiitosta. Työelämälähtöinen työskentely on antanut toimijoille mahdollisuuden vaikuttaa lopputulokseen helpommin ja se on koettu helpommaksi.

Raportoinnin luotettavuutta lisää se, että muistiot ovat olleet jokaisella nähtävissä ja kommentoitavissa, jolloin mahdolliset asiavirheet on voitu oikaista välittömästi. Jokaisella on ollut mahdollisuus tuoda uudet ideat ja muutosehdotukset julki. Nämä esitykset on käsitelty avoimessa ilmapiirissä ja hyvässä hengessä. Pidimme aikatauluista muistiota itselämme sekä saamastamme palautteesta ja kehittämis- ja muutosideoista päiväkirjaa. Yhteistyö sujui hyvin, koska tavoite oli yhteinen.

Tutkimuksissa esiin nousseet tulokset ja eettiset näkökulmat vaikuttavat tehtyihin ratkaisuihin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125). Tarkkoja ohjeita tai sääntöjä ei voida kuitenkaan

antaa eettisistä ongelmista, mitä tutkimuksen eri vaiheissa esiin nousee. Tällaisia ongelmia voi nousta esiin tutkimuksen eri vaiheissa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 19-20.) Kylmä & Juvakka (2007, 137) taas tuovat kirjassaan esille, että eettiset seikat ovat tutkimuksessa merkittävässä asemassa, koska nämä voivat viedä pohjan koko tutkimukselta.

15 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheita olisi vaikka kuinka paljon. Ensisijaisen tärkeää olisi kuitenkin, että kehittämistoiminta olisi työntekijälähtöistä ja tapahtuisi työntekijätasolla niin, että ohjeet ja toimintatavat tukisivat toimintaa. Ei niin, että sanellaan mitä tehdään – huomioitavaa olisi joka yksikön toiminnan kuva.

Jatkokehittämisaiheena voisi olla oikeanlaisen ja tarkoituksenmukaisen kirjaamisalustan luominen asiakkaan terveydentilan monipuoliseen vuorokauden aikaiseen kirjaamiseen (fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen). Sen tulisi antaa ajanmukaista tietoa asiakkaan terveydentilasta ja sen muutoksista kotiutusta suunnittelevalle moniammatilliselle tiimille.

Siun soten läntisellä alueella Liperissä kotihoidon sairaanhoitajat eivät työskentele iltaisin ja viikonloppuisin, kuin ainoastaan saattohoitotilanteessa. Avot-hankeen myötä saadaan toivottavasti kotihoitoon lisää työpanosta iltaan, yöhön ja viikonloppuun, kun pelastuslaitos voi käydä esimerkiksi tiputtamassa iv-antibiootin tai seuraamassa heikkokuntoisen potilaan vointia. Tämän uuden toiminnan tuloksellisuuden ja toimivuuden tarkastelu voisi olla yksi jatkotutkimuksen aihe. Avot-hanke on iso hanke ja siinä on varmasti muitakin osa-alueita, joiden toimivuus ja taloudellinen hyöty olisivat tärkeitä jatkotutkimusaiheita.

Moni asia on jo muuttunut tämän työn jälkeen ja muutos on jatkuvaa. Huomioitavaa olisi kuitenkin, että jokaisen toimintayksikön toiminta on otettava huomioon toimintamallien kehittämisessä. Jokaisen kunnan väestöpohja on erilainen ja mahdollisuudet turvata palvelut ovat erilaisia.

Lähteet

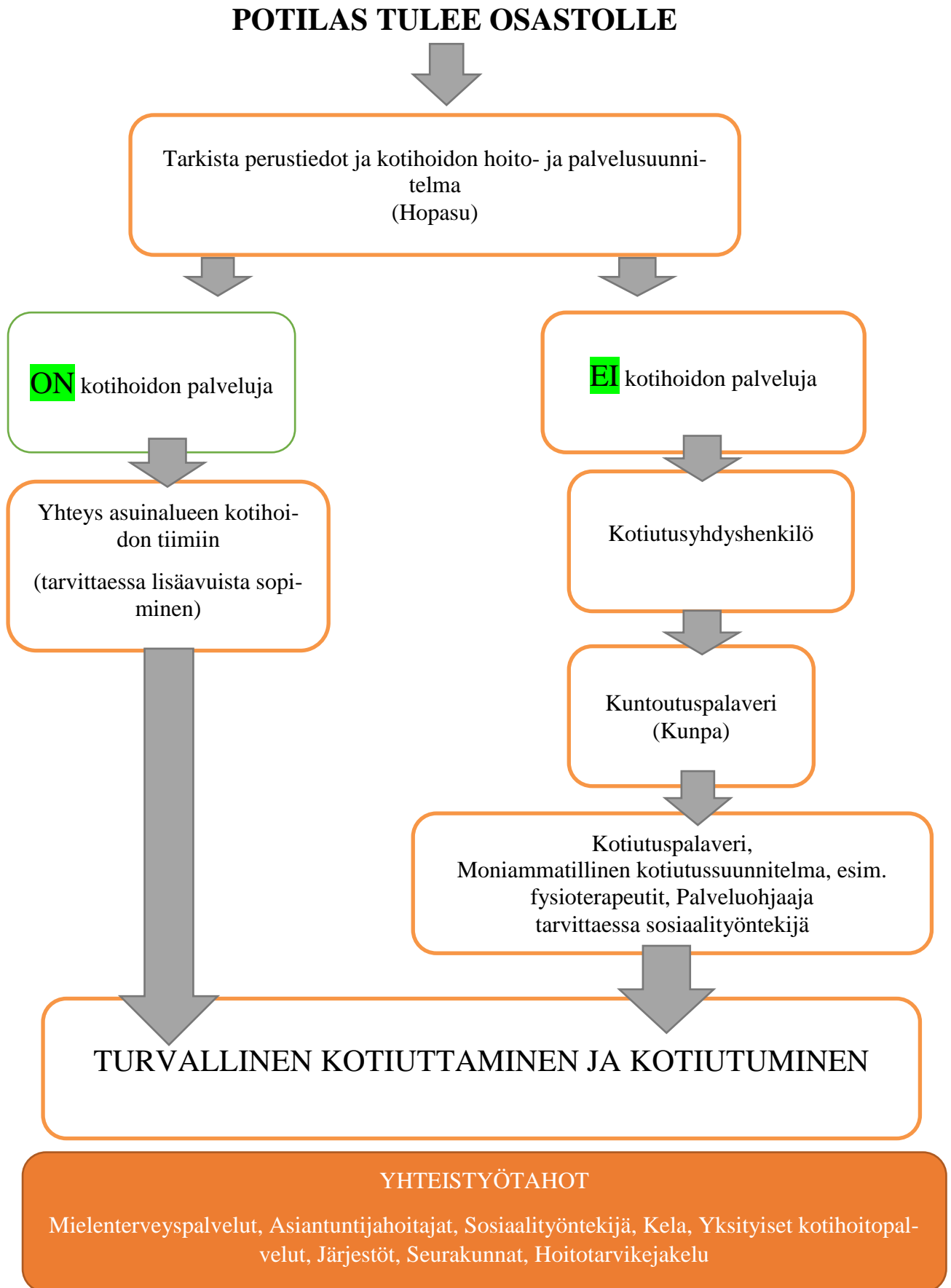
- Anttila, P. 2014. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. <https://metodix.fi/2014/05/17/anttila-pirkko-tutkimisen-taito-ja-tiedon-hankinta/14.4.2017>.
- Dunphy J. 2011. Communication in palliative care. Clear practical advice, based on a series of real case studies. Foreword by Kiely, M. London: Radcliffe publishing.
- Elo, S. 2006. Teoria pohjoissuomalaisten kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia tukevista ympäristöistä. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Tutkimus
- Eloranta, S. 2009. Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration. University of Turku. Department of nursing science.
- Erkko, A. 2015. Y-sukupolvi on työelämän puhemies. <http://www.kauppalehti.fi/uutiset/olitko-nuori-lama-aikaan-vai-nousukaudella-nain-se-nakyy-tyopaikalla/52bz9dGf>. 13.1.2017.
- Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri. 2015. Eksote kanssasi. Toimintakykyisenä kotona. www.eksote.fi/eksote/strategia-ja-johtaminen/Documents/Eksoten%20esittely.pdf. 2.2.2017.
- Etelä-Savon sairaanhoitopiiri. 2014. ESSO-hanke. Kotiutuksen tehostaminen ja kehittäminen Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin Ky:ssä. <https://www.essote.fi/wp-content/uploads/sites/2/2016/12/liite-8-koordinoivan-kotiutuksen-toimintamalli.pdf>. 2.2.2016.
- Halminen, M. 2014. Ikäihmisten kuntoutuksen nykytilanne –haasteita ja mahdollisuuksia. <http://www.satshp.fi/tutkijoille/tutkimus-ja-kehittamistoiminta/kaynnissa-olevat-hankkeet/yhteivoiminkotona/Documents/Ik%C3%A4ihmisten%20kuntoutus,Markus%20Halminen.pdf>. 4.2.2016.
- Hanhinen, T., 2011. Osaamisenhallinta on työelämän haaste ja valtti. <https://www.tem.fi/files/29368/hanhinen.pdf>. 12.12.2016.
- Heikkinen, H.L.T. 2006. Toimintatutkimuksen lähtökohdat 16-19, 23-26, 50. Teoksessa (toim.) Heikkinen, H.L.T., Rovio, E.& Syrjälä, L. 2006. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat.
- Heikkinen, H.L.T., Kontinen, T.& Häkkinen, P. 2006. Kommunikatiivinen toimintatutkimus 57-59. Teoksessa (toim.) Heikkinen, H.L.T., Rovio, E.& Syrjälä, L. 2006. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa.
- Heikkinen, H.L.T., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2006. Toimintatutkimus prosessina 78-81. Teoksessa (toim.) Heikkinen, H.L.T., Rovio, E.& Syrjälä, L. 2006. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa.
- Heikkinen, H.L.T., Rovio, E.& Syrjälä, L.(toim.).2007. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa.
- Heinola, R. 2007. Kotihoito muutoksessa. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski. Gummerus.
- Hirsjärvi, S & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Helsingin yliopisto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P.& Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Tammi.
- Holopainen, A., Juntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo: Bookwell Oy.

- Hyväri, S. & Vuokila-Olkkonen, P. 2017. Osallistavan ja tutkivan kehittämisen opas: Tutkimus- ja kehittämistyön luotettavuus.
<http://libguides.diak.fi/c.php?g=389856&p=3530138>
- Ikonen, E.-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.
- Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: Dark Oy.
- Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.
- Jantunen, S., Naaranoja, M., Piippo, J., Mäkelä, T., Valtanen, E. & Sankelo, M. 2012. Toimintatutkimuksen laatukriteerit ja niiden soveltaminen osallistuvan innovaatiotoiminnan johtamisen tutkimisessa. http://www.osuva-foorumi.fi/files/2014/09/2012_TTP_OSUVA_toimintatutkimuksen_1.pdf. 12.1.2017.
- Jauhiainen, A. 2006. Kolme skenaariota tulevaisuuden hoitotyöhön – uusia mahdollisuuksia tieto- ja viestintätekniikalla. Teoksessa Miettinen, M., Hopia, H., Koponen, L. & Wilskman, K. (toim.) 2006. Ihmisten voimavarojen johtaminen. Hoitotyön vuosikirja 2006. Sairaanhoidtajaliitto. Gummerus.
- Kolkka, M., Mantela, J., Holopainen, A., Louhela, J., Packalen, L., Kaisvu, T. 2009. Yhteiskunnallinen osaaminen haaste ja tehtävä. Helsinki: Hakapaino Oy
- Konttinen, E. 2015. Kolmas sektori. Kansalaisyhteiskunnan tutkimusportaali. Jyväskylän yliopisto. <http://kans.jyu.fi/sanasto/sanat-kansio/kolmas-sektori>
- Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67337/951-44-5822-2.pdf?sequence=1. 25.5.2017.
- Koski, J. 2017. Sairaalaan kotihoitoon toimintatutkimus kotiutuprosessin kehittämisestä lean- menetelmiä hyödyntäen. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20170394/urn_nbn_fi_uef-20170394.pdf. 4.9.2017
- Kunnallinen työmarkkinalaitos, 2009. Yhteistoiminta ja työelämän kehittäminen. Suomen kuntaliitto. Helsinki: Miktor.
- Kylmä, J & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Lämsä, R. 2013 Potilaskertomus - Etnografia potilaisuudesta sairaalaosaston käytännöissä. Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Lindh, J. & Suikkanen, A. 2008. Kommunikatiivisen arviointikulttuurin jäljillä. Kuntoutus 3
- Liperin kunta 2014. sosiaali- ja terveystalouden palvelustrategia vuosille 2015–2017. http://www.liperi.fi/fi/document.cfm?doc=show&doc_id=5239. 25.5.2016
- Liperin kunta 2015. <http://www.liperi.fi/fi/asukkaille/sosiaali--ja-terveyspalvelut>. 26.5.2016
- Liperin kunta 2016. <http://www.liperi.fi/fi/asukkaille/sosiaali--ja-terveyspalvelut/terveyskeskuksen-sairaala/>. 25.5.2016
- Murtola, L.-M. 2014. Terveystieteestä. Hoitotyön strategialla on merkittävä rooli laadukkaiden terveystalouden järjestämisessä. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto. <http://terveyttieteesta.blogspot.fi/2014/04/hoitotyön-strategialla-on-merkittava.html>. 6.9.2016.
- Pietilä, A.-M. 2010. Teoriasta toimintaan. Teoksessa Pietilä, A.-M. (toim.) Terveystalouden edistäminen. Teoriasta toimintaan. Helsinki: WSOY.
- Pikkarainen, A. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja. Osa 1. Teoksessa Makkonen, T. (toim.) Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Jyväskylä. Suomen Yliopistopaino Oy.

- Pohjola, P. 2016. Sote-palveluiden integraatio. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
<https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/sote-palveluiden-integraatio/esimerkkeja-integraatiosta>. 6.9.2016.
- Rehula, J. 2006 Ministeri Rehula: Sote-uudistus nostaa asiakkaan tarpeet ykköseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote 60/2016. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/ministeri-rehula-sote-uudistus-nostaa-asiakkaan-tarpeet-ykköseksi. 9.10.2016.
- Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittymiseen. Helsinki: WSOY
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. <http://www.julkari.fi/handle/10024/110355>. 1.11.2016.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. <http://www.stm.fi/hyvinvointi>. 8.4.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Terveydenhuolto Suomessa. <http://stm.fi/yksityiset-sotepalvelut>. 8.11.2016.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Vanhuspalvelulaki. Toimeenpano vuonna 2015. <http://stm.fi/documents/1271139/1347100/KARPPANEN+hoitoty%C3%B6n+johtajien+ty%C3%B6kokous+10.4.15.pdf/5b4b40fb-deb2-4b46-992b-70aa6c35d08a>. 31.10.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a. Uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaprosessit – asiakas keskiöön. <http://stm.fi/hankkeet/asiakaslahtoisuus/uudistetaan-sote-prosessit>. 6.8.2017
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017b. Aineistot. <http://stm.fi/pasi/materiaalit>. 6.8.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2017c. Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalveluiden ky: Arvokasta Vanhenemista Omatoimisuutta Tukemalla (AVOT). <http://stm.fi/koti-ja-omaishoito/rahoitettavat-hankkeet/pohjois-karjalan-avot>. 6.6.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017d. <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>. 3.9.2017.
- Stenvall, J., Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Suomen kuntaliitto 2011. Terveydenhuollon laatuopas. Kuntaliiton verkkojulkaisuja. [terveydenhuollon_laatuopas-1.pdf](http://www.kuntaliitto.fi/terveydenhuollon_laatuopas-1.pdf). 2.3.2017.
- Sydänmaanlakka, P. 2009. Jatkuva uudistuminen. Luovuuden ja innovatiivisuuden johtaminen. Hämeenlinna: Talentum.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariverkosto/134/06.09.2016>
- Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M (toim.) 2010. Geriatria. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen Yliopisto.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.
- Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 3/2015. Hoito- ja hoivapalvelualan tila ja tulevaisuudennäkymät. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75084/TEMap_3_2015_web_15012015.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 24.3.2016

- Valkeinen, H. & Anttila, H. 2014. Fysioterapia 4. ICF-luokitus ja toimintakykymittarit: mitä, miten ja miksi? [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116875/Valkeinen Anttila Fysioterapia 4_2014.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116875/Valkeinen_Anttila_Fysioterapia_4_2014.pdf?sequence=1). 11.10.2016.
- Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Teoreettinen malli iäkkäiden kotona asuvien päivittäisestä suoriutumisesta kotisairaanhoidajien ja iäkkäiden näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja
- Vesterinen, M.-L., 2010. Sote-ennakointi – projekti -tuloksia, johtopäätöksiä ja suosituksia. Opetushallitus. http://www.okm.fi/export/sites/default/OPM/Tapahtumakalenteri/2010/06/ESR-Ennakointiseminaari_2010/Vesterinen_Marja-Liisa.pdf. 11.10.2016.
- Vesterinen, P-L. 2013a. Digiaikaan syntyneet työssä -haasteita ja mahdollisuuksia. <http://verkkolehdet.jamk.fi/elo/2013/02/06/digiaikaan-syntyneet-tyossa-haasteita-ja-mahdollisuuksia/>. 4.9.2016.
- Vesterinen, P-L. 2013b. Digisukupolvi. Mitä digiaikaan syntyneet odottavat esimiestyöltä? <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tapahtumat/aineisto/2013/kunta-johtajat/Documents/05Vesterinen.pdf>. 4.9.2016.
- Vesterinen, P-L. 2015. Digiajan sukupolvet johdettavina. http://www.uta.fi/edu/johtajuusfoorumi/materiaalit/Vesterinen_Digisukupolvet%20johdettavina_260315_luento.pdf. 4.9.2016.
- Viitala, R. 2013. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. Helsinki: Edita publishing Oy.
- Virjonen, K. 2015. Yhteisvoimin kotona – hanke. Turun ammattikorkeakoulu. <http://www.satshp.fi/tutkijoille/tutkimus-ja-kehittamistoiminta/paattyneet-hankkeet/yhteisvoiminkotona/Documents/Koulutus%20%201%20diat.pdf>. 2.5.2017.
- World Health Organization.2002. Active Ageing a Policy Framework. http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/. 2.3.2017.
- Välikangas, L. 2014. Z-sukupolvi työelämässä. <http://businesslike.fi/z-sukupolvi-tyoelamassa/>. 6.6.2016.





Liperin terveystieteiden keskus

Työohje

KUN POTILAS TULEE OSASTOLLE

- Tarkista potilasranneke
- Kirjaa potilas Mediatriin paikkakartalle sekä Miratel-potilaskutsujärjestelmään
- Tarkista Mediatriin suostumukset
- Ota ”tulorutiinit”; RR, paino, lämpö, verensokeri + tarv (– ohje mittauskärrillä)
- Laadi hoitosuunnitelma, kuvaa tulotilanne
- Tarkista potilaan lääkitys, tarvittaessa soittamalla lähettävään yksikköön
- Tarkista ja kirjaa mahdolliset kanyylit, katetrit sekä niiden toimivuus
- Ilmoita laitoshuollolle potilaasta; HUOM! erityisruokavaliot, eristykset

TYÖNJAKO kotiuttamisessa; osaston hoitaja, kotiutusyhdyshenkilö?

Ota yhteyttä läheiseen, yhteyshenkilöön (tarv kp/ksh)

- Ilmoita potilaan osastolle tulosta ja tulotilanne
- Kartoita potilaan taustatietoja
 - Tarkista osoitetiedot
 - Onko kotipalvelua/kotisairaanhoidoa. Miten usein käy? jotain muuta?
 - Läheisen/kp:n/ksh:n näkökulma, miksi potilas joutunut sairaalahoitoon?
 - Kotona pärjäämisen pulmat?, liikkuminen?
 - Jo olemassa olevat apuvälineet. Tarvitseeko jotain lisää?
 - Asumismuoto, mukavuudet?
 - Ravitsemustila
- Kerro osaston käytännöt
 - Vierailuajat
 - Osaston yhteystiedot
 - Varmista ensisijaisen yhteyshenkilön yhteystiedot
- Ohjeista omaisia tuomaan osastolle nimettyinä, esim:
 - Omat hygieniatarvikkeet, esim. parranajokone
 - Omat erikoisemmat lääkkeet, esim. astmasuihkeet, silmätipat
 - Omat sisäkengät

Liperin terveystieteiden sairaala

Työohje

KOTIUTUMISEN SUUNNITELMA JA KIRJAAMINEN HOITOJAKSOLLA

- Aloitetaan suunnittelu heti potilaan osastolle tulon jälkeen
- Ennakoiva sopiminen kotiutumisesta potilaan ja yhteistyötahojen kanssa.
- Jokaisella velvollisuus ja oikeus huolehtia suunnitelmien päivittämisestä ja kirjaamisesta
- Kotiutumissuunnitelman arviointi yhdessä potilaan ja yhteistyötahojen kanssa
- Tarkka kirjaaminen potilaan toimintakyvystä ja sen muutoksista
 - Lääkäri
 - Läheiset
 - SAS (selvitä, arvioi, sijoita) - nykyisin Kunpa
 - Fysioterapia
- Kotikuntoisuuden tukeminen ja varmentaminen
 - Apuvälineiden järjestäminen
 - Kotihoidon ja tk-sairaalan fysioterapeuttien yhteistyö
 - Tarvittaessa kotikäyntikartoitus (kotiutusyhdyshenkilö ym tarv)
 - Yhteystietolomake
- Ohjeet, jos kotona pärjääminen ei toteudu; potilaalle ja läheiselle + kp ja ksh
 - Yhteystietolomake
 - mahd lääkärin lupa tulla osastolle suoraan – tästä erillinen tieto hoitohenkilökunnalle sekä kotiin
- Läheisen ja yhteistyötahojen kanssa aktiivinen yhteistyö
 - Tiedota läheistä kotiutumisen suunnitelmasta
 - Tiedota ennen kotiutumispäivää kotiutumisesta ja jatkosuunnitelmista.

Liperin terveystieteiden keskus

Työohje

POTILAAN KOTIUTTAMINEN

- Tarkista onko potilaalle huolehdittu
 - Tarvittavat todistukset
 - Onko aloitettu uusia lääkkeitä
 - Reseptit, myös PKSSK:sta aloitetuista lääkkeistä
 - Sovitut kontrollit tai suunnitelmat
 - Kyytiasiat, sihteerin hoitaa pyynnöstä sovittuna aikana
- Lääkelistan tulee olla päivitetty
- Ota tarv. yhteyttä läheiseen
 - tarvittaessa, jos et saa yhteyttä läheiseen, voit käyttää henkilön kansista (Mediatri) löytyvää tekstiviestipohjaa, mutta tässä ei saa ilmaista nimiä eikä henkilötietoja (esim. Olemme yrittäneet tavoittaa teitä, ottaisitteko yhteyttä Liperin terveystieteiden keskussairaalaan p. 013-330 6104 T: sh/lh + sukunimi)
- Ota tarv. yhteyttä kp, ksh
 - Tarvittaessa, jätä kp:lle tai ksh:lle puheviesti vastaajaan, jossa pyydät soittamaan takaisin. Mainitse itsesi nimellä, mutta ei potilastietoja. Näin soittajan on helpompi tavoittaa juuri sinut.
- Päivitä hoitosuunnitelma
- Tulosta tarvittavat tiedot potilaalle mukaan
- Tee hoitojakson yhteenveto
- Tarkista, että potilaalla on kaikki henkilökohtaiset tavarat mukanaan
 - Omat dosetit, lääkkeet
 - Apuvälineet
 - Arvotavarat